

PATIENTENS VÄLBEFINNANDE I HEMMILJÖN

- EN KVALITATIV STUDIE OM VÅRDPLANER OCH VÅRDFORMER

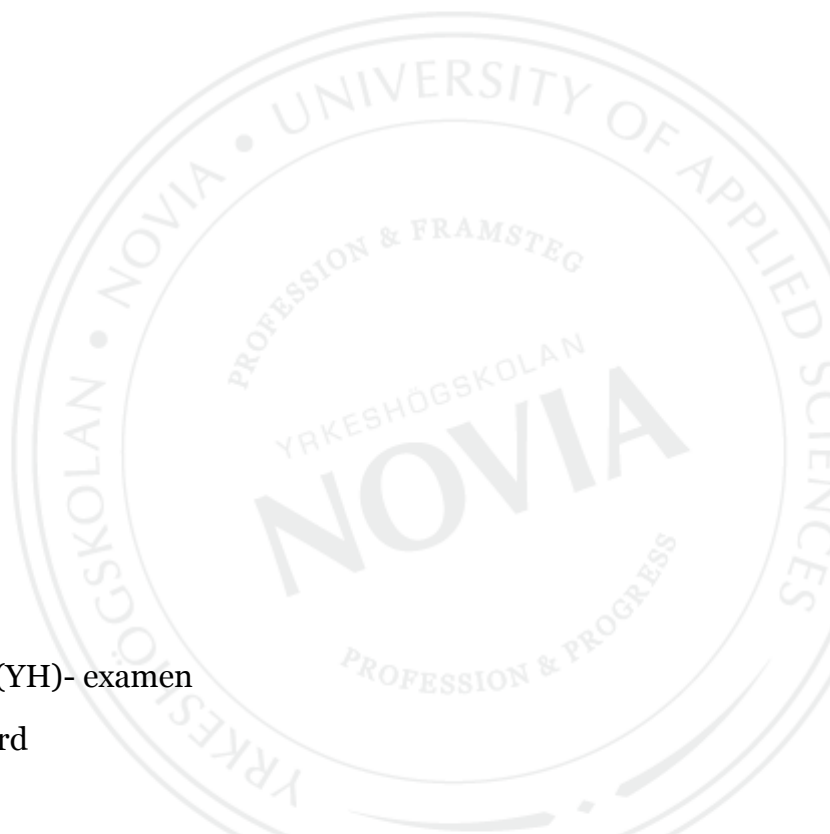
Margareta Rodas

Thi Dinh

Examensarbete för sjukskötar (YH)- examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2011



EXAMENSARBETE

Författare: Margareta Rodas & Thi Dinh

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Erja Halmesmäki - Hansson

Titel: Patientens välbefinnande i hemmiljön

- en kvalitativ studie om vårdplaner och vårdformer

Datum: Mars 2011

Sidantal 53

Bilagor 3

Sammanfattning

Examensarbetet var en del av ett projekt inom hemmiljön som Korsholms kommun, Oravais, Vörå och Maxmo kommun hade beställt. Projektet var att patienterna skall kunna få rehabilitering och sjukvård i egen hemmiljö samt att klinikfärdiga patienter ska kunna komma tillbaka till eget hem utan att behöva besöka bäddavdelningen. Forskningsfrågorna var: ”Hurudana vårdplaner används för en patient med rehabilitering i hemvården och i hemsjukvården?” och ”Vilka är de centrala vårdformerna för patienterna i hemvården och i hemsjukvården?”

Examensarbetet var en kvalitativ enkätundersökning bland personalen på en bäddavdelning och inom hemsjukvården. Personalen bestod av sjukskötare, hälsovårdare, primärskötare och närvårdare. Datamaterialet analyserades med hjälp av en innehållsanalys och Excel-programmet. I enkätundersökningen deltog totalt 21 informanter.

I resultatet framkom att det är bäst för patienten att bo hemma så länge som möjligt. Samarbetet mellan hemsjukvården och övriga yrkeskategorier är en viktig faktor för patienten. För kommunen är det dyrt att ha de klinikfärdiga kvar på sjukhuset och därför borde personalresurserna utökas.

Språk: Svenska

Nyckelord: Välbefinnande, personal, äldre, hemsjukvård, rehabilitering

Försvaras: Yrkehögskolan Novia

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Margareta Rodas & Thi Dinh

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Hoitotyö

Ohjaajat: Erja Halmesmäki - Hansson

Nimike: Potilaan hyvinvointi kotiloissa

- laadullinen tutkimus hoitosuunnitelmia ja hoito

Päivämäärä: Maaliskuu 2011

Sivumäärä 53

Liitteet 3

Tiivistelmä

Opinnäytetyö oli osa Mustasaaren kunnan, Oravaisten, Vöyrin ja Maksamaan tilaamaa kotiolo-hanketta. Hankkeen tavoitteena on kehittää sellaisia hoitomuotoja, että klinikkavalmiss potilas vuodeosastolla käymättä voi palata omaan kotiinsa saamaan kuntoutusta ja hoitoa. Tutkimuksen kysymykset olivat: "Minkälaisia hoitosuunnitelmia potilaan kotikuntoutuksessa ja kotisairaanhoidossa käytetään?" ja "Mitkä ovat tärkeimmät hoitomuodot potilaiden kotihoidossa ja terveydenhuollossa?"

Opinnäytetyö oli laadullinen tutkimus, joka tehtiin erään vuodeosaston henkilöstön ja kotisairaanhoidon henkilökunnan piirissä. Henkilistö koostui sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, perushoitajista ja lähihoitajista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja Excelin avulla. Kyselyyn osallistui yhteensä 21 haastateltavaa.

Tulos osoittaa, että on parasta, että potilas asuu kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotisairaanhoidon ja muiden ammattiryhmien välinen yhteistyö on tärkeää potilaalle. Klinikkkavalmiiden potilaiden hoitaminen sairaalan osastolla on kunnalle kallista. Siksi henkilöstöresursseja olisi lisättävä.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Hyvinvointi, henkilöstö, vanhukset, kotihoito, kuntoutus

Arkistoidaan: Ammattikorkeakoulu Novia

BACHELOR'S THESIS

Author: Margareta Rodas & Thi Dinh

Degree Programme: Health care

Specialiation: Nursing

Supervisors: Erja Halmesmäki - Hansson

Title: The patient's welfare in the home environment

- a qualitative study on care plans and care

Date: March 2011

Number of pages 53

Appendices 3

Abstract

This thesis was part of a project on the home environment ordered by the municipalities of Korsholm, Oravainen, Vörå and Maxmo. The project was to enable patients to receive rehabilitation and care in their own home environment, i.e. that clinic patients could go back to their own home without having to stay on the ward. The research questions were: "What kind of care plans are used for rehabilitation of a patient in home nursing and home health care?" and "What are the key treatment forms for patients in home nursing and home health care?"

The thesis was a qualitative survey of staff on a ward and in home nursing. The staff consisted of nurses, primary care staff, health care staff and practical nurses. The data were analyzed using a content analysis and Excel. The survey involved a total of 21 informants. The result showed that it is best for the patient to stay at home as long as possible. Cooperation between home nursing and other forms of professional care is important for the patient. For the municipality, it is expensive to keep the patients in the hospital. Therefore, personnel resources should be expanded.

Language: Swedish

Key words: Wellbeing, staff, the elderly, home care, rehabilitation

Filed at: Novia University of Applied Sciences, Finland

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Syfte och problemprecisering	3
3	Teoretiska utgångspunkter	3
4	Teoretisk bakgrund.....	7
	4.1 Hemvårdspersonal	8
	4.2 Hemsjukvårdspersonal.....	9
	4.3 Palliativ vård.....	11
	4.4 Rehabilitering i hemmiljön	11
5	Tidigare forskning	12
6	Undersökningens genomförande.....	18
	6.1 En kvalitativ metod.....	18
	6.2 Enkät eller frågeformulär.....	19
	6.3 Innehållsanalys	20
	6.4 Studiens praktiska genomförande.....	21
7	Resultatredovisning.....	22
	7.1 Första forskningsfrågan	22
	7.1.1 Beskrivning av undersökningen	22
	7.1.2 Arbetsåren bland informanterna	23
	7.1.3 Redovisning av yrkesgrupperna	23
	7.1.4 Hemmet outnyttjade resurser	24
	7.1.5 Upplevelser av rehabilitering och hemsjukvård.....	26
	7.1.6 Vårplan och dokumentation	29
	7.1.7 En fungerande vårdplan	30
	7.1.8 Förslag till förbättring i dokumentation	32
	7.1.9 Möjlighet att påverka vårdplaneringen	34

7.2	Andra forskningsfrågan	36
7.2.1	Centrala vårdformer	36
7.2.2	Hemsjukvårdens och bäddavdelningens vårdplan	38
7.2.3	Ett utvecklat vådsamarbete i hemmet	40
7.2.4	Arbetsmiljön.....	42
7.2.5	Övriga synpunkter	44
8	Tolkning	44
9	Kritisk granskning	48
10	Diskussion	51

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Examensarbetet är en del av ett projekt inom hemsjukvården, hemvården och rehabiliteringen som Korsholms kommun, Oravais, Vörå och Maxmo kommun har beställt. Examensarbetet är en kvalitativ enkätundersökning bland personalen på en bäddavdelning och inom hemsjukvården. Målsättningen med detta projekt är att få fram hur respondenterna kan utveckla rehabiliteringen i hemmet. Respondenternas forskningsfrågor är: "Hurudana vårdplaner används för en patient med rehabilitering i hemvården och i hemsjukvården" och "Vilka är de centrala vårdformerna för patienterna i hemvården och i hemsjukvården?"

Syftet med projektet är att patienterna skall kunna få rehabilitering och sjukvård i eget hem samt att patienterna skall kunna bo hemma så länge som möjligt i en trygg miljö. Vårdplatserna är för få idag och därför ökar behovet av att patienterna skall kunna få vård i eget hem. Kommunernas åldringar ökar i antal allt eftersom medelåldern blir högre. Idag är det brist både på vårdpersonal och på vårdplatser. Detta medför att hemma boendet bland de äldre måste förverkligas. Syftet är också att klinikfärdiga patienter skall kunna komma tillbaka till eget hem utan att behöva besöka bäddavdelningen innan hemkomsten.

Respondenterna anser att detta arbete är mycket viktigt med tanke på att patienterna blir äldre och en ändring i kommunerna behövs för att de äldre skall ha en möjlighet att bo i eget hem så länge som möjligt. Personalens välbefinnande behöver också tas i beaktande för att personalen skall klara av att arbeta längre.

Respondenterna ville veta kostnaderna för de klinikfärdiga patienterna på sjukhuset och kostnaderna för kommunen. Avgifterna är uppdelade i två olika kategorier. Om det är fråga om en kortare tid är avgiften 588 €/dygn och om det är fråga om en längre tid är avgiften 620 €/dygn. På ett år i en kommun var vårdsumman för klinikfärdiga patienter 891 294 € dvs. ca 74 274,50 €/månad. På bäddavdelningarna samt inom hemvården och hemsjukvården betalar patienterna en avgift som är uträknad enligt deras inkomst. Därför är det viktigt att hemsjukvården utvidgas i kommunerna. Sjukskötarens löner är ca 2 110 €/månad och de övriga utgifterna som tillkommer är ca 28 %.

(personlig kommunikation med Ridder, 10.3.2011).

Välbefinnandet är en individuell upplevelse. Den kan innehålla självkänsla, upplevelse av mål, betydelse och makt. Den sociala kontakten påverkar välbefinnandet. Hälsan påverkar välbefinnandet beroende på samspelet mellan alla dessa faktorer och samarbetet mellan individen och miljön (Eriksson, 1984, 74).

Personalens välbefinnande är beroende av en fungerande arbetsledning som kan lyssna på personalens problem. Personalstödet är viktigt för att en god omvårdnad skall kunna ges. Det är viktigt att få stöd och handledning av de övriga i personalen och att arbetsledaren är lyhörd, bryr sig och tar ansvar. Det är väldigt viktigt att personalen upplever att de har kontroll och inflytande över arbetssituationen. Ett arbete bland människor är givande men det tar också på krafterna i olika situationer, till exempel vid vrede, skuld, rädsla, anklagelser och patienters dödsfall. Hemsjukvården kan se väldigt olika ut beroende på vårdåtgärder och vad som skall göras under besöken. Det kan handla om patienter med olika sjukdomar, sårvård, medicinutdelning, palliativ vård, sondmatning med mera. Därför är det viktigt att hemsjukvårdspersonalen håller sina IV-skolningar uppdaterade (Balaz Schale & Nordin, 2001, 17, 34).

Rehabilitering av äldre i hemmen ges idag av närvårdare, fysioterapeuter och ergoterapeuter, vilka är ett oerhört bra stöd för den äldre. Egen rehabilitering är väldigt viktig för att få en ökad rörelseförmåga. Detta kan tillgodogöras i samband med de dagliga vårdåtgärderna, i samband med fysisk och psykisk vårdaktivitet. Exempel på rörelser som hör till vardagen är armlift, böjning och sträckning av ben och fotleder samt av- och påklädning för att få blodcirkulationen igång. Aktiviteter får inte provocera fram smärtor eller andra symtom och den äldre måste själv få bestämma hur mycket de klarar av (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008, 287-288).

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med examensarbetet är att redogöra för hur ett rehabiliterande arbetssätt kan förverkligas i hemvården och i hemsjukvården. Den äldre skall ha en möjlighet att kunna bo hemma så länge som möjligt, eftersom hemmet utgör en trygghet för hälsan. Servicen kan vara hemservice, hemsjukvård eller stödtjänster såsom matservice, bad, klädtvätt, städning, mat- och klädinköp, motionsmöjligheter, hobbyverksamhet och social samvaro.

Våra forskningsfrågor är:

1. Hurudana vårdplaner används för en patient med rehabilitering i hemvården och i hemsjukvården?
2. Vilka är de centrala vårdformerna för patienterna i hemvården och i hemsjukvården?

3 Teoretiska utgångspunkter

Respondenterna utgår ifrån Erikssons (1988) tankar om hälsan. Begreppen är sundhet, friskhet och välbefinnande vilka utgör kärnan till hälsan. Enligt Eriksson (1988) är människan hälsa. Vi kan inte ge hälsa åt en annan människa, men vi kan stödja en annan människa i att vara hälsa. Hälsa är en rörelse där många faktorer samspelar. Hälsa är en helhet och därför är det helheten som avgör människans upplevelse av att vara hälsa.

Eriksson (1988) menar att hälsan också kan vara relativ därför att vi inte kan ge exakta mått på hälsan. Hälsan varierar från människa till människa, från kultur till kultur och hälsan är en individuell upplevelse. En optimal hälsa är just då den enskilda människan i fråga befinner sig väl. Hälsan följer hela människan från födseln till dödsögonblicket. Hälsan påverkas av kulturella, samhälliga och miljömässiga faktorer. Vi kan bedöma en människas hälsa utgående från sociala aspekter.

Eriksson (1988) definierade sjukdom som en bristande anpassningsförmåga emellan kroppens olika organ. Före kristendomen tolkade man sjukdomen som ett syndastraff och den uppfattningen lever fortfarande kvar. WHO menar att hälsan är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Det är inte endast frånvaro av sjukdom. Alla människor har rätt till hälsa oberoende av ras, religion och politiska åsikter (Eriksson, 1988, 41-43).

Eriksson (1988) menar att människan fungerar på tre olika nivåer. Den första är animala nivån. Där dominerar det genetiska arvet eller ödet som bestämmer individens handlingar och gränserna för människans aktiviteter. Den andra är mänskliga nivån och där fungerar individen autonomt och självständigt vid valet av den egna handlingen. Den tredje nivån är den kulturella där samhället samt det sociala arvet påverkar individen på ett avgörande sätt och påverkar då värderingar, attityder och beslut i olika handlingar. Samspelet mellan dessa tre nivåer är samverkan mellan individ och miljö. Utgående från dessa kan individen uppnå olika grader av energi. Störningar kan också förekomma inom dessa tre områden och det påverkar då hälsotillståndet negativt (Eriksson, 1988, 46).

Sundhet och friskhet är ett objektiva begrepp av hälsa och välbefinnande där sundhet motsvarar den psykologiska, den mentala hälsan, och den biologiska står för friskheten (Eriksson, 1984, 32-40). För att en individ skall ha en bra tillväxt som hålls uppe vid förändringar behövs en förmåga att älska, en förmåga att möta verkligheten samt en förmåga att skapa en egen livsfilosofi. Då dessa tre förmågor samverkar skapas ett inre stöd som ökar möjligheten att uppehålla det friska och välbefinnandet. Känslan av välbefinnande blir mer stabil och uppnåelig av människans egen vilja om individen har hög sundhet. Sundheten har en kognitiv och en effektiv dimension.

Den kognitiva dimensionen innebär att individen kan fungera och veta hur hon skall fungera för att kunna uppnå och uppehålla hälsan. Den effektiva dimensionen handlar om upplevelser och känslor samt en känsla av att vara betydelsefull. Förmågan att älska är viktig för att överleva och för att kunna utvecklas. För att lära sig älska måste man bli älskad. Barndomen är mycket viktig. Om barnet inte får kärlek av föräldrarna när de är små, har de väldigt svårt att kunna älska en annan människa när de blir äldre. Om vi lever nära en annan person eller flera personer, ges möjlighet till tillväxt. Om vi blir älskade ger det en känsla av mening och det ger ett svar tillbaka, att kunna älska andra. Om vi kan älska våra medmänniskor blir vi också betydelsefulla för dem vi älskar (Eriksson, 1986, 71-72).

Friskheten är bunden till hur man lever och till den kultur som man lever i. I de nordiska länderna ställs det höga krav på friskhet då vi har möjlighet att erbjuda hälsotjänster till befolkningen. Samhällets syn på vad som är sjukt eller friskt är varierande och därför förekommer olikheter i samhället. Livssituationen hos individen utgör grunden för den mentala hälsan. Därför är det nödvändigt att varje individ själv får berätta vad som är hälsa (Eriksson, 1984, 32-40).

Friskhet i hälsa kommer från människans fysiska jag och påverkas av enskilda konstruktioner och funktioner som påverkar varandra. Friskhet som ingår i vårdperspektivet och som vårdteknologin riktar sig till, utgörs av funktioner där en människa står i kontakt med omgivningen. Dessa funktioner är renlighet, näring, luft, hälsa, uttömningar, temperatur, aktivitet samt vila och sensorisk stimulering. Vårdaren bör kritiskt värdera resultaten samt anpassa dem till den situation som råder. Friskhet är ett omfång av hälsa. Den vård som riktar sig till friskhet bör beakta förändringar i detta omfång samt förändringar i välbefinnandet och i sundheten (Eriksson, 1986, 91).

Välbefinnandet säger hur individen upplever hälsa, med andra ord individens grad av medvetenhet, upplevelser av mål, att man är betydelsefull för någon samt betydelsen av makt. Om det sociala nätverket fungerar, påverkar det också välbefinnandet. Hälsans helhet påverkas av samspelet mellan dessa faktorer av sundhet, friskhet och välbefinnande samt faktorer som individens hemmiljö och samhälle. Välbefinnandet kan variera från tid till tid. Varje människa är unik eftersom varje individs gener högst sannolikt finns individuellt i varje människa. Sundhet, friskhet och välbefinnande är olika för varje enskild individ (Eriksson, 1984, 37-39).

Välbefinnandet är en del av sundhet och friskhet där välbefinnandet har två omfång; välmåga och välbehag. Välmåga hör till välstånd och det har en anknytning till samhällsvetenskapen. När en människa upplever förmåga kan det konstateras att man har ett bra förhållande till samhällets regler. En människa har en bra social grundtrygghet om man har bostad, arbete, sociala relationer samt ett kulturutbud.

Välbehag är en subjektiv upplevelse av tillfredsställelse samt en känsla av behag, önskan, medvetenhet, vilja, hopp, glädje, lycka, njutning och tillfredsställelse. Välbefinnandet innehåller en stödjande och en önskan om en framtidsorientering eftersom alla individer har önskemål om hur framtiden skall se ut. Denna önskan kan vakna med hjälp av föreställningar som minnen eller fantasier. Dessa ger önskningarna liv, vilket innebär att man leker med möjligheten. Önskan kan också vara omedveten. När individen är medveten om möjligheten kan individen realistiskt ta ställning till om önskningarna kan fullbordas (Eriksson, 1986, 185-186).

Enligt Eriksson (1989) kan man se patienten som en helhet men det finns vissa tillstånd och processer i vården som är mycket intressanta i vårdsammanhang. Dit hör patientens hälsa och ohälsa, friskhet och sjukdom, välbefinnande och funktions rubbningar samt skador. Man vill främja hälsa, friskhet och välbefinnande samt funktionsförmåga. Att motverka ohälsa och att hjälpa patienten genom ohälsa, sjukdom, smärta, lidande, funktionsrubbningar och skador är viktigt inom vården. Hälsa och ohälsa är begrepp som hör till individen som helhet och subjekt. Om man har hälsa är man hel och integrerad, vilket betyder att man är i balans och harmoni. Ohälsa innebär att vara söndrig, splittrad och ointegrerad.

En människa har hälsa, är hel och i balans när det råder integration, balans och harmoni mellan biofysiska, sociokulturella, emotionella och andligt existentiella dimensioner. Om en människa är i samspel i dessa avseenden och det råder balans i individens drivkrafter, mål och kapacitet, handlar individen integrerat. Om en individ har ohälsa, blir individen ointegrerad. Det råder då obalans och disharmoni mellan de olika dimensionerna samt mellan drivkraftens mål och kapacitet. Därför kan inte individen handla och fungera integrerat. Om en individ handlar integrerat och kan uppställa mål som motsvarar resurser och kapacitet, kan individen bedöma handlingssituationen realistiskt, använda och utveckla sina resurser samt färdigheter och kan då klara av nya krav och situationer. En individ som har ohälsa och som med andra ord inte kan handla integrerat kan inte uppställa realistiska

mål, kan inte bedöma sina handlingar och inte heller använda de resurser han har eller utveckla nya. Man har därför svårt att klara av nya krav och situationer (Eriksson, 1989, 57-59).

4 Teoretisk bakgrund

Respondenterna har i detta kapitel tagit upp vårdpersonalens kompetens, bemötande, förebyggande rehabilitering, sjukvård och ansvar. Patienternas åldersförändringar, deras egna resurser och möjligheter att kunna påverka den, livserfarenheter och kunskaper som den äldre har behandlas också. Anhörigas kunskaper och information bör vårdpersonalen beakta i samtal i en lugn miljö. Arbetsledare bör ta sitt ansvar för vårdpersonalen så att vårdpersonalen känner sig trygg i arbetet. Den palliativa vården i hemmet kommer att öka, då många människor idag, också svårt sjuka människor, vill dö i eget hem. Rehabilitering av äldre borde fortsätta när de har varit på intervallvård.

Det är viktigt att vårdpersonalen och sjuksköterskorna har insikt i och erfarenhet av vården och bemötandet av äldre. Att åldras och bli sjuk är en naturlig del av livet. Vi tänker inte på detta så länge vi är friska och har hälsa och inte heller sjukdom. Först när vi drabbas av sjukdom och hälsan börjar försvagas märker vi att vi börjar bli gamla. Många äldre har svårt att acceptera det som händer mot deras vilja, de stretar emot så länge det går och fortsätter att protestera trots att de blir äldre och kanske med tiden behöver mycket hjälp. De som är friskare tar avstånd från de som är svagare när personalen samlar patienterna till dagrummet för social samvaro. De har nämligen svårt att acceptera sin situation och de känner sig inte som de svaga. Många äldre upplever sig inte som gamla men kommentarer från familj och vänner gör att de börjar uppleva sig själv som äldre, likaså kulturella uppfattningen i samhället (Kirkevold, m.fl. 2008, 23-24).

Beroende på hur samhället uppfattar ålderdomen i samhället används närmast synonymord som sjuk, trött, utanför, avtrubbad, försvagad, på institution, religiös och ibland grinig. Därför kan inte den äldre med stolthet säga att han är gammal. Många äldre anser att ålderdomen är ovälkommen och döljer den person man egentligen är. Förmågan att lära sig hos den äldre går inte förlorad även om åldern är hög. Trots åldern klarar de äldre bättre förändringar med en sviktande hälsa samt förluster som de har varit med om tidigare (Kirkevold, m.fl. 2008, 24).

Åldringar i skilt boende visar styrka och gör en betydande egen insats för att komma tillrätta på sjukhemmet. Det har visat sig att vårdpersonen inte uppmärksammar patientens resurser som finns. De äldre upplever sig mer som ett hinder trots att det är vårdpersonalen som är en stödperson. Den äldres strävande till att kunna anpassa sig och uppleva ett bra liv, trots sviktande hälsa och andra förluster tas inte i beaktande, när de äldre har varit på sjukhus upplever de ofta att utskrivningen och vårplaneringen genomförs utan att de själva får vara med och delta aktivt. Till och med när de har varit fysiskt närvarande, vid utskrivningssamtal, händer det ofta att de inte ges möjlighet att delta aktivt (Kirkevold, m.fl. 2008, 24).

Den äldre människan formas under livets gång genom de situationer som hon har varit med om. Det kan vara både bra och dåliga dagar, upplevelse av glädje och sorg. Alla faser lagras i kropp och själ och människan lever sitt liv tillsammans med andra människor och ensam. Inom äldreomsorgen idag, då speciellt inom vården av demenssjuka, har det tagits fasta på i minnesarbete och genom minnesgrupper. Livserfarenheter och minnen är viktiga för många människor. Människans förmåga att klara utmaningar har med tidigare erfarenheter att göra. Många äldre kvinnor drabbas av flera förluster, till exempel att förlora sin livskamrat, roller som husmödrar eller hustrur. Äldre människor har kunskaper att dela med sig av trots ålder och de kan ge stöd och omsorg till barn, svärdöttrar, svärsöner och barnbarn. Då dessa roller och uppgifter går förlorade på grund av försvagad hälsa och minskade krafter, krävs det en anpassning som kan vara väldigt svår att förlikna sig med. Eftersom kvinnor lever längre bor de oftast ensamma i eget hem och också på boenden är största delen kvinnor. Det är också vanligare att äldre kvinnor tar hand om sin sjuka make än tvärtom. Det kan vara väldigt svårt att ta emot hjälp av andra då ens identitet är knuten till att vara vårdare (Kirkevold, m.fl. 2008, 26-28).

4.1 Hemvårdspersonal

I hemvården och speciellt i eget hem kommer det fram att samarbetet med personalen är avgörande om de äldre skall uppleva att de har det bra och blir omhändertagna på ett omsorgsfullt, stöttande och bekräftande sätt. Om besöken mellan den äldre och personalen inte understödjer värdighet och integritet, hjälper det inte om vården tekniskt sett är felfri så kan hjälpen bidra till kränkningar samt övergrepp. För att kunna se patienten är det viktigt att det finns tillräckligt med kunskap om vad det vill säga att vara äldre, behövande och beroende samt speciellt de utmärkningar och behov som människor upplever i

samband med sjukdom och åldrande. En förutsättning är att det uppstår ett bra möte mellan de äldre och vårdpersonalen. Det är grunden att det finns en genomtänkt människosyn, en stadig etisk grund och att det finns en organisatorisk omfattning som ger utrymme för att kunna utöva en god omvårdnad (Brodtkorb & Ranhoff, 2008, 28).

4.2 Hemsjukvårdspersonal

I arbetet inom hemsjukvården kommer personalen nära patienterna och deras anhöriga, eftersom personalen är gäst i patientens hem och därför kan patienterna lättare visa vem som bor i hemmet än på sjukhus. Det bör sjukvårdspersonalen acceptera. För att mötet skall bli bra mellan patienten och personalen, är det viktigt att patienterna känner trygghet av vårdpersonalen. Tryggheten i att personalen är utbildad, sakkunnig och professionell i sitt yrke, till exempel att de skall kunna ta blodprover, blodtryck, dela ut mediciner och förnya läkemedelsrecept av olika slag (Balaz-Chale & Nordin, 2001, 21).

Grunden i tryggheten är att patienten blir bemött med respekt och blir tagen på allvar. Man skall bygga upp en relation till patienten och deras anhöriga. Vårdpersonalen bör lyssna på patientens och anhörigas både verbala språk och kroppsspråk, all information bör ske i patientens eller de anhörigas takt. I bemötandet av patienten och deras anhöriga har de alltid rätt att uttrycka de känslor som de har. Vårdpersonalen får inte kritisera patienten. Om patienten inte får uttrycka sina känslor känner de att det är något fel. Ibland är det viktigt att personalen sätter gränser om patienten lider av till exempel psykiska sjukdomar eller missbruk, samt uttrycker hot eller kränkningar mot personalen. Ibland kan personalen behöva få hjälp med att hantera en situation till exempel att rådfråga en erfaren kollega, kurator eller psykolog (Balaz-Chale & Nordin, 2001, 21-22).

Planeringssamtal bör ske i en lugn och trygg miljö samt på en avskild plats. Det kan hjälpa patienten att slappna av och öppna sig. Vårdpersonalen skall förmedla hur lång samtals tiden är samt att stänga av mobiltelefonen. Vid samtal med patienten används öppna frågor för att öppna frågor ger patienten möjlighet att berätta det som han vill, sin egen upplevelse av sjukdomen eller om det är någonting som tynger patienten. Tålmod hos personalen är viktigt. Det ger patienten och anhöriga tid till att tänka. Personalens uppgift är inte att förändra patienten utan att stödja (Balaz-Chale & Nordin, 2001, 22-23).

När en patient drabbas av en kris eller sjukdom är det naturligt med reaktioner som förnekande av sin sjukdom, aggressivitet, förnekelse och anklagelser. Att uppmuntra en patient som är sluten kan få negativa följder. Patienten kan hela livet ha varit en som inte har haft möjligheten att dela med sig mycket till andra av det patienten tänker, tycker och upplever. Att acceptera patienten är viktigt och att inte anklaga patienten för slutenheten. Vårpersonalen kan ställa öppna frågor som patienten själv får välja om han vill besvara eller inte. Ibland kan anhöriga ställa orimliga krav på sig själva när de inte lyckas leva upp till dessa kan de börja plågas av skuld känslor. Till exempel en make önskar att sköta om sin hustru på ett kärleksfullt och omtänksamt sätt. Han ångrar att han inte klarar av att hålla tillbaka sin irritation fast det beror på tröttheten som kommer efter skötseln av sjuka hustrun under en längre tid (Balaz-Chale & Nordin, 2001, 23-27).

Att personalen mår bra är grunden för att en god omvårdnad skall kunna ges. Ett arbete med människor är stimulerande och givande men tar också på krafterna. Det kostar på att vara lugn och förstående i olika situationer. Det är inte alltid lätt att möta vrede, sorg, rädsla, skuld, anklagelse och depression. Personalen själv kan också bära på personliga bekymmer. Utbrändhet eller känslomässig utmattning pratas det mycket om idag. Dessa tillstånd kan kort beskriva resultaten av en ständig eller en upprepad känslomässig press tillsammans med ett intensivt engagemang. Upplevelser av att inte ha kontroll och inflytande över de beslut som berör personalens arbete kan också orsaka en känslomässig utmattning. Därför är det viktigt för personalen att få arbeta i en god psykosocial arbetsmiljö och ha genomtänkt personalstöd på arbetsplatsen.

Det är arbetsledarens ansvar att ha kontroll över inflytandet och upplevelserna i olika arbetssituationer. Det uppnås genom att arbetsledningen är lyhörd för vad personalen vill samt hur personalen upplever olika arbetssituationer. Personalen får tid att reflektera över det som de upplever i arbetet och personalen får vara med i att skapa en accepterande miljö. Personalstöd är en väsentlig del av att få regelbunden handledning av en handledare med riktig utbildning, erfarenhet och som inte jobbar på arbetsplatsen. En handledare kan vara psykolog, socionom, präst eller sjuksköterska. Handledningen skall vara patient- och anhöriginriktad, vilket innebär att dela tankar, känslor och funderingar som uppkommit i kontakten med patienter och anhöriga (Balaz-Chale & Nordin, 2001, 34-35).

4.3 Palliativ vård

Den palliativa vården i hemmet kommer att öka, eftersom många människor idag, också svårt sjuka människor, vill dö i eget hem. Livets slut innebär stora utmaningar och många svåra beslut då vårdpersonalen måste kunna skilja på yrkesmässiga, mänskliga och etiska förhållanden samt kraven på effektivitet och ekonomi. Vården kräver omsorg, intresse, engagemang, kunskap och erfarenhet. Många människor vill dö hemma och vårdpersonalen bör arbeta för att de äldre skall få den möjligheten. Det kräver att bostaden lämpar sig för vårdandet och en annan förutsättning är att de närstående vill och klarar av den insats som krävs, att nödvändiga hjälpmedel anskaffas och att vårdpersonalen kan ställa upp dygnet runt (Kirkevold, m.fl. 2008, 443-444).

4.4 Rehabilitering i hemmiljön

Vid rehabilitering av äldre har fysioterapeuterna och övrig vårdpersonal en viktig roll. De vårdare som har möjlighet bedömer hur patienterna upplever sin funktionsförmåga och möjligheten att försöka höja den. Det är vårdarna som ser hur patienterna utvecklar sin funktionsförmåga i vardagliga situationer. Det gäller både patienter som bor i eget hem och som får hemvård regelbundet. Vårdarna har inte haft en framträdande roll i rehabiliteringen utan har varit i ett slags gränsområde (samarbetet mellan olika yrkes grupper har inte fungerat bra). Därför är det viktigt att åtgärderna både inom hemvården och den slutna vården genomförs samt att patienternas individuella förmågor och resurser tas i beaktande.

En äldre person kan ha nedsatt funktionsförmåga på grund av andra orsaker än själva åldrandet. Rehabilitering är en inriktad process då rehabiliteringspersonalen och deras specialkunskaper spelar en avgörande roll. Medicinsk rehabilitering har ett syfte att förbättra och upprätthålla patientens fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga. Den medicinska rehabiliteringen handlar om rådgivning och handledning. Rehabiliteringen är en gemensam utmaning för alla som arbetar inom sjukvården. Ett rehabiliterande arbetsätt är vardagsarbetets situationer och en samverkan mellan patienterna och vårdpersonalen. Patienterna får använda sina egna resurser och personalen finns till hands för att kunna ge nödvändigt stöd. Då utgår man från patienternas egna upplevelser av resurser, förmåga och hjälpbehov. Gemensamma konkreta mål bör upprätthållas och förstärkas (Voutilainen, m.fl., 2002, 39-43).

Den palliativa vården i hemmet kommer att öka, därför att många människor idag, också svårt sjuka människor, vill dö i eget hem. Alla människor vill förverkliga sig själva och kunna uppleva tillfredsställelse samt framgång. En utvärdering bör göras för att se hur personalen lyckas arbeta med den rehabiliterande inriktningen, där vården och serviceplanen tas i beaktande. Man skall också utvärdera individuellt och göra en kvalitetsgranskning bland personalen. När det gäller rehabiliteringen bör man ta reda på om patienterna och deras anhöriga godkänner idén om en rehabiliterande inriktning i sin egen omsorg och individuellt definiera behoven, målen och metoderna för rehabiliteringen (Voutilainen, m.fl. 2002, 43).

5 Tidigare forskning

Respondenterna har sökt forskningar som behandlar sjukskötarens och patienternas situation inom området hemsjukvård och rehabilitering samt möjligheter för den äldre att kunna bo hemma längre. Respondenterna har gjort manuella sökningar i *Vård i Norden* (årgångarna 2005–2009), *Ebsco*, *Cinahl*, *Pubmed*, *Nelli-portalen*, *SwePub*, *Klinisk vetenskap Läkartidningen på internet (Online)*, *google.fi* och *google.se*, *Korsholms och Oravais kommuns hemsidor*, och *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* (2007). Sökorden som respondenterna har använt är ”Home Health Care” och ”rehabilitation”.

Ohlsson och Arvidsson (2004) skrev en artikel i Sverige och deras syfte var att undersöka de utmaningar som sjukvården står inför i framtiden. I en rapport av Arbetarskyddsstyrelsen upplever sjukvårdspersonalen stressiga situationer. I en intervju deltog tolv sjuksköterskor från tre olika grupper. Av dem som blev intervjuade var det elva sjuksköterskor som hade mer än tio års arbetserfarenhet och en hade arbetat i fem år. Alla var kvinnliga sjuksköterskor i en ålder av trettiosju till femtiosju år. Personalen idag upplever psykisk belastning och inget stöd från chefen. Det är viktigt att få stöd för att förebygga psykisk ohälsa, vilket kan vara omvårdnadshandledning som innebär stöd i sitt tänkande och att stärka sin självkänsla och då förstärka sin professionella kompetens. Resultatet i artikeln har visat hur viktigt det är att få handledning och möjlighet till återhämtning genom att bearbeta känslor och reaktioner, likaså att få ventileras och ge uttryck för känslor i en trygg miljö. Bearbetning av känslor har skett i grupp och sedan individuellt.

Näsman, Lindholm och Eriksson (2008) hade som syftet med sin studie att kunna få en bild av vårdarens etiska tänkande och handlande hos kliniskt verksamma vårdare. Studien har visat att kunskap och stöd i etiska frågor samt stöd från andra vårdare är viktiga delar för att utveckla ett etiskt tänkande. Vilka etiska begrepp har vårdaren i det etiska tänkandet, hur syns vårdarens etiska idéer i vårdarbetet och finns det hinder för etiskt handlande i vårdandet? Har vårdaren möjlighet att handla efter sitt eget etiska omdöme i olika situationer? Resultatet utgjordes av berättelserna, folkgruppsdiskussioner och enkätsvar och de presenterades utgående från frågeställningarna. I det etiska tänkandet bär varje människa på ord, texter och språk inom sig, där hämtar hon grunden för sitt etiska tänkande. Ethos och etik innebär grunden till hur man förhåller sig till sig själv och tar ansvar. Etiska kunskaper kräver tänkande, reflektion och en förmåga att välja olika alternativ samt förståelse och tolkning. En vårdarens etik betecknar värdighet och bekräftelse samt ansvar. En vårdarens etik består också av kärlek, barmhärtighet, relation, tillit, tröst, ärlighet, rättvisa, tillgänglighet och aktning. Vårdarnas förslag till olika etiska begrepp är respekt, gränser, hänsyn, förmåga, varsamhet, lugn, uppmuntrande, glädje, beröm, våga, vilja, kunskap, lyssna, ömsesidighet, medlidande, förtroende och gemenskap.

Engman och Lundgren (2009) ville få kunskap om vad rehabiliteringen innebär för patienter som får en stroke, samt få erfarenheter av hur sjuksköterskan sköter patienten i hemmet. I resultatet framkom möjligheten till ett fortsatt självständigt liv i gemenskap, humor och glädje. Patienterna tyckte att detta var viktigt för rehabiliteringen och tillfrisknandet. Författarna beskriver vad rehabiliteringen har inneburit för patienterna. Patienterna upplevde sjuksköterskorna som en obestämd och hjälpsam resurs. Samhörigheten med andra patienter var viktig, likaså nya vänkontakter. De önskade också fortsatt kontakt med de gemensamma patienterna, vilket de inte trodde att de skulle få uppleva på ett sjukhus. Förbättringen på avdelningen gav tro och hopp om att de skulle bli friska under vårdtiden, då de visste att rehabiliteringen skulle fortsätta i eget hem. Patienterna uppgav att de fick hjälp och handledning, hur de till exempel skulle göra när de skulle stiga upp ur sängen eller vila sig. De blev självständiga och kunde röra sig fritt i lokalerna på egen hand, när patienterna fick fysisk träning vid spisen och i köket. Patienterna medgav att de inte alltid accepterade situationen, men med uppmuntran och motivering till träning och att personalen hade tålamod fann de hopp, tilltro, tillfrisknande och återhämtning. Den diffusa upplevelsen var att de inte visste vem som var sjuksköterska

på avdelningen, patienterna önskade att sjukskötaren hade en namnskylt och presenterade sig.

Nilsson m.fl. (2009) har undersökt säkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Syftet med undersökningen var att skapa ett system som förhindrar och minimerar följderna av misstag som orsakas av den mänskliga faktorn. Hos 34 av 136 patienter påvisades sammanlagt 45 komplikationsskador. I de återkommande fanns vårdrelaterade infektioner, fallskador, trycksår, läkemedels överdosering, postoperativ blödning, postoperativ hjärtinfarkt och pneumothorax samt central venkateter. Trycksår förekom hos tre patienter med en lång vårdtid i palliativt syfte. I studien framkom att hälften av de orsaker som bidrog till patienternas död bedömdes som undvikbara. I studien framkom också två fall av överdosering av morfin som bidragit till skadorna såsom aspiration eller hjärtstopp. Totalt konstaterades också fyra fall av aspirationspneumoni.

Thorslund & Parker (2005) har undersökt hur de äldre egentligen mår. 1900-talet var ett framgångsrikt sekel då det gäller åldrandet. Förbättringar i levnadsförhållandena med medicintekniska hjälpmedel har medfört att de flesta i industriländerna har fått chansen att leva en lång tid. Sjukvårdens och välfärdens utveckling har medverkat till att sänka barndödligheten likväl som risken att dö innan man blir gammal. År 1913 infördes folkpension och pensionsåldern fastslogs till 67 år. Det var då ingen kostnadskrävande reform, därför att endast en minoritet fick leva så länge att de hann få någon pension. Vid den tiden var medellivslängden 58 år för kvinnor och 56 år för män. Dessa siffror kan jämföras med dagens situation, medellivslängden idag är 82 år för kvinnor och 78 år för män. De flesta i befolkningen kan räkna med att få leva länge efter 65-årsdagen. Tidigare var det framför allt barndödligheten som påverkade livslängden.

Thorslund & Parker (2005) undersökte de förbättrade levnadsvillkoren och kontroller av behandlingsmöjligheter. Då det gäller infektionssjukdomar minskade dödligheten även i de högre åldersgrupperna. På 1900-talet blev istället sjukdomar i hjärta och blodkärl vanligare. Förbättrade levnadsvillkor och sundare levnadsvanor förskjuter på insjuknande i cancer och andra kroniska sjukdomar. Följden blir att de friska levnadsåren successivt ersätter sjukdomsåren och innebär att de äldre behöver större insatser av service och vård. Likaså ökar förmågan att klara vardagen trots sjukdomar och besvär, vilket innebär att behovet av service och hjälp inte kommer att öka i samma takt som antalet äldre ökar. Det finns tecken på att utvecklingen under den senaste 10-årsperioden internationellt inte följer

samma spår som den gjorde under 1970- och 1980-talet. Det kan tolkas som att allt fler motstridiga trender finns bakom utvecklingen. Effekterna av de medicinska möjligheterna är att allt mer sjuka och äldre kan behandlas och överleva och de kan därför behöva ytterligare sjukvård. Allt fler äldre kan få leva som friska längre innan den sista oundvikliga perioden av sjuklighet och beroende inträffar.

Kasén m.fl. (2008) har gjort en undersökning om vårdares antaganden om gestaltning av patientens vårdlidande samt hur vårdlidande kan förhindras. Denna gestaltning grundar sig på vårdarnas förståelse av vårdlidandets innebörd. Materialet är insamlat med temat vårdlidande under hösten år 2000. Kunskap om förståelsen av patientens vårdlidande är vårdarnas uppfattningar eller personlighet av uppkomsten av patientens vårdlidande som kan relateras till tre olika nivåer. Vårdorganisation, vårdkultur och vårdrelation är de tre nivåerna som är tolkningsmönster. De bör ses som separata och är inte nödvändigtvis relaterade till varandra utan förekommer oberoende av varandra. Det är framträdandet i vårdarnas beskrivningar att kunskapen om förståelse för patientens vårdlidande är avgörande för att gripa in och motverka uppkomsten av vårdlidande, den kulturella och relationella nivån inom den egna enheten. Konsekvenserna av vårdlidande för patienten blir främlingskap och bristande tilltro till sig själv, andra och framtiden. Vårdarnas förståelse vidgas genom att vårdarna reflekterar över behovet av att både inom organisationen och vårdkulturen men även i en enskild vårdrelation vara mera lyhörd och reflekterande över patientens vård och risken att tillföra patienten vårdlidande.

Dahlin-Iwanoff m.fl. (2007) gjorde en studie och syftet var att komma underfund med hemmets betydelse, för äldre ensamboende då främst i Sverige. Materialet som de har använt sig av är främst från ENABLE-AGE-projektet. Resultaten visade att hemmet har en oerhört viktig funktion för de äldre. Hemmet har en viktig betydelse eftersom de har bott och arbetat där en stor del av sitt liv. För att synpunkterna skulle komma fram delades de ensamboende in i två olika grupper. Det kom fram att hemmet innebär trygghet och frihet. Tryggheten för den äldre innebär att hemmet är en trygg plats som hon känner bra vilket också för den äldre betyder att de känner bostadsområdet, grannarna och de vet att de har någon som de kan vända sig till om det skulle bli problem. En annan sak som är viktig för den äldre är att allt fungerar i hemmet, att det passar boendebehovet och att det finns tillgång till hjälpmedel i hemmet. Detta innebär också frihet och integritet. En tredje sak som kom fram i undersökningen var att i hemmet finns allt gömt, både glädje och sorg samt materiella ting och saker som funnits under åren och som för den äldre har ett stort

värde. Därför kan den äldre uppleva mening, trygghet och frihet i sitt eget hem. Åldringarna kan göra som de vill och på sitt eget sätt. Hemmet betyder också en träffpunkt dit anhöriga, släktingar och vänner kommer. Genom att ge åldringen hjälp i hemmet kan de uppleva trygghet och frihet.

Vik m.fl. (2008) har gjort en studie om äldre vuxna som fick rehabilitering och hur de uppfattade personalen under de sex månaderna då de fick rehabilitering hemma. Studien fokuserade också på hur deltagarna samarbetade och använde sig av tjänster från de anställda. I studien intervjuades tre äldre vuxna regelbundet under tre månader. Resultatet av undersökningen visade att hem rehabilitering är viktig för äldre vuxna eftersom äldre vuxna ofta har förändrade behov på grund av flera sjukdomar. De ansåg också att det var viktigt med vanligt småprat eller en diskussionspartner eller en rådgivare, folk som bryr sig om och som utför uppgiften effektivt och som gör ett bra arbete.

Onder m.fl. (2007) har gjort en studie om hanteringen av sjukhem för äldre vuxna. Totalt 1 184 personer fick ett program som bygger på hantering och 2 108 personer fick en traditionell vårdinformation med en ett års uppföljning. Det visade sig att efter justering av resurser minskade risken för sjukhemsintagningar var lägre för deltagare i hanteringsgruppen än för deltagare med en traditionell vårdmodell. Hem och hemsjukvård bygger på ett hanteringssystem där det finns en möjlighet att minska risken för institutionsvård och sannolikt få lägre kostnader. En förbättring av hälso- och sjukvårdssystemet är viktigt i vår tid, eftersom antalet äldre ökar och de har flera kombinerade sjukdomar och handikapp. Det finns ett stort behov av förebyggande program i hemsjukvården. Inom öppenvården kan man uppnå bättre resultat till lägre kostnader än på en institution. Förebyggande insatser som screening eller hembesök gör att människorna kan bo kvar i eget hem. Hälso- och den yrkesverksamma vårdförvaltningen av äldre som lever i samhället är bristfällig, patienter som kräver mer vård och omsorg kan bli bortglömda.

Gjevjon, (2010) gjorde en undersökning om hur samhällets sjuksköterskor behandlar patientens vård samt om allsidigheten i deras dokumentation. Behovet av omfattande vård dokumentation i hemsjukvården är stort och kvalitet betraktas som en förutsättning för kontinuiteten i vården. Dokumentationen enligt omvårdnadsprocessen anses vara av god kvalitet tack vare dess logiska struktur. Sjuksköterskorna i hemsjukvården står inför andra utmaningar än sjuksköterskorna i institutionsvården på grund av den långvariga

patientvårds situationer med fokus på kroniska sjukdomar i stället för akuta sjukdomar. I resultatet kom det fram att hemvårdssjuksköterskorna dokumenterade patientens vård kronologiskt i stället för att använda en logisk struktur enligt omvårdnadsprocessen. Den dokumentation som idag återges som övergripande har betoning på patientens delaktighet, eftersom mer än 70 % av omvårdnadsstatusen var ansluten till en subjektiv omvårdnadsstatus. Sjuksköterskorna visade bristande uppmärksamhet på patienternas förmåga att kommunicera och den omfattande dokumentationen var ofullständig. Hemsjukvårdens sjuksköterskor är lyhörda för patientens delaktighet men misslyckas med att tillgodose patienternas behov när det gäller kommunikationen.

Sammanfattningsvis av forskningsartiklarna har det tydligt kommit fram hur viktigt det egna hemmet är för patienterna oberoende av sjukdom och de problem som finns. Man fick också fram betydelsen av vård och rehabilitering i hemmet men också betydelsen av institution om vårdbehovet blir för tungt. Det framkom också hur viktigt det är med en tydlig namnskylt där namn och yrke syns. Förebyggande hemsjukvård är av stor betydelse för den äldre, på så vis blir kostnaderna mindre. Rehabilitering och någon att prata med är viktigt för den äldre. Det kom också fram att de som bor på institution var i större behov av läkarhjälp än de som bodde i eget hem.

Det är sjukvårdarens uppgift att förhindra onödigt vårdlidande hos patienterna. Den äldre lever allt längre idag deras levnadsstandard är högre och medicineffekten hjälper också patienten i vardagen. Inom hemsjukvården är det viktigt att man är observant på infektioner, fallskador, trycksår, läkemedels överdosering och vidtar de åtgärder som behövs för att undvika dylika problem. Patienterna tyckte att sjuksköterskorna var som en obestämd och samtidigt en hjälpsam resurs. Kontakten med andra patienter var viktig, likaså nya vänkontakter. De önskade fortsatt kontakt med de gemensamma patienterna. Avdelningen gav tro och hopp om att de skulle kunna bli friska under vårdtiden, då de visste att rehabiliteringen skulle fortsätta i eget hem.

Genom vårdarens etiska tänkande och handlande av kunskap och stöd i etiska frågor och genom stöd från andra vårdare utvecklas ett etiskt tänkande. I det etiska tänkandet bär varje människa på ord, texter och språk inom sig. Därifrån hämtar vårdaren grunden för sitt etiska tänkande. Etik är grunden till hur man förhåller sig till sig själv och tar ansvar. Etiska kunskaper innebär tänkande, reflektion och en förmåga att kunna väga olika alternativ mot varandra genom förståelse och tolkning. En vårdarens etik betecknar

värdighet, bekräftelse och ansvar. Vårdarna har en grundkunskap när det gäller etiska frågor som sällan lyfts fram till vårdverkligheten.

I fråga om dokumentation inom hemsjukvården kommer nya utmaningar fram eftersom patienterna har ett långvarigt hjälpbehov med tanke på kroniska sjukdomar i stället för akuta sjukdomar. Det framkom också att det förekommer brister i sjuksköterskornas dokumentation och bristande uppmärksamhet av patienternas förmåga att kommunicera. I studien framkom att hemsjukvårdens sjuksköterskor är lyhörda för patientens delaktighet men misslyckas med att tillgodose patienternas behov när det gäller kommunikationen.

6 Undersökningens genomförande

Respondenterna har i detta kapitel beskrivit undersökningens genomförande, hur de gått tillväga vid val av undersökningsmetod och analys. Undersökningen gjordes med en kvalitativ metod och med en enkätundersökning. Metoden passade bra med tanke på öppna och slutna frågor eftersom en stor undersökningsgrupp nåddes på kort tid. Respondenterna har i detta kapitel beskrivit resultaten utgående från innehållsanalysen. Undersökningen genomfördes på en bäddavdelning och inom hemsjukvården i en kommun.

6.1 En kvalitativ metod

Den kvalitativa metoden är inte en statistisk metod utan den är en beskrivande metod. På senare år har forskarna börjat använda sig av den kvalitativa forskningsmetoden med vetenskapsfilosofiska synsätt så som hermeneutiska och fenomenologiska. Kvalitativa metoder beskriver människans egna uttryck av händelser, handlingar samt reaktioner och åsikter. Forskaren iakttar direkt på området det som man vill undersöka och tolkar det så noga som möjligt utgående från informanterna. Intervju är den vanligaste kvalitativa metoden men deltagandeobservation och dokumentstudier används också. Forskaren bestämmer själv hur länge undersökningen skall pågå och hur många personer som skall ingå. Målet med en kvalitativ undersökning är att få en ökad förståelse av det som en forskare är intresserad av (Carlsson, 1991, 9, 25, 28).

Den kvalitativa och den kvantitativa metoden är två olika sätt att se på verkligheten och de två olika metoderna utesluter inte varandra utan de kompletterar varandra. Inom den kvalitativa forskningen försöker man förstå människan utifrån individens personliga perspektiv samt referensram. Man bör inte lämna bort någonting även om situationen verkar onödig. Datainsamlingen i den kvalitativa forskningen skall göras samtidigt som analysen och tolkningen. Man strävar till en helhetsförståelse av specifika förhållanden och att få en så fullständig bild som möjligt där resultatet presenteras i citat och beskrivningar. Begreppen att ta fasta på är kategorier och kategoriinnehåll samt att sträva efter en relevant tolkning. Målet är att kunna utveckla hypoteser och teorier (Eriksson, 1992,99–101).

6.2 Enkät eller frågeformulär

Enkät eller frågeformulär är en metod för att samla in forskningsmaterial. Det är ett utvecklingsarbete som kräver noggrann planering och systematik. Dessutom skall resultatet skrivas på ett sådant sätt att utomstående skall kunna bedöma resultatens värde (Hansagi & Allebeck, 1994, 25).

Enkäterna liknar de personliga intervjuerna. Det som är skillnaden är att den som svarar på frågorna i enkäten själv noterar sina svar och att någon intervjuare inte är med. Det finns olika enkäter, till exempel postenkäter och gruppenkäter och ibland går det att kombinera personliga intervjuer tillsammans med enkäter (Trost, 2007, 9-11).

Målet med frågeformuläret är inte att förändra människors attityder eller förse dem med information utan att upptäcka nya saker. Formuleringen av frågorna skall vara konsekvent och exakt, då underlättas bearbetningen av svaren. Det är lämpligt att använda frågeformulär i undersökningar om man vill ha ett stort antal svar på många olika platser. Frågeformuläret är skriftlig information som människor lämnar svar på frågorna. Informationen från frågeformulären kan delas upp i två grupper; fakta och åsikter. Med frågeformuläret uppstår kostnader vid postningen, tidskrävande, måste ha tillstånd, bestämma antalet enkäter, vem mottagaren är, svaren skall analyseras och en noggrann uppföljning av de som inte svarar skall göras. Respondenterna måste ta på reda vad som var fel (Denscombe, 2009, 207-212).

6.3 Innehållsanalys

Innehållsanalys är en metod för att hjälpa respondenterna att analysera innehållet då de är frågan om skreven eller verbal kommunikation. En innehållsanalys kan göras med vilken text som helst då det är fråga om skrift, ljud eller bilder för att det behövs för att kunna fastställa innehållet. När en innehållsanalys görs väljs ett textavsnitt eller en bild som är tydligt formulerad. Man analyserar texten och gör texten till mindre grupper genom att dela in den i ord, hela meningar, i hela stycken eller rubriker och eventuellt i bilder, figurer, teckningar eller foton. Respondenten bör ha en klar bild av vad man vill ha fram då det är frågan om en grupp, frågor och idéer, som är intressanta, samt hur dessa är synliga. Man skall koda grupperna och kategorierna så att de överensstämmer med texten. Dessa koder kan skrivas direkt in i texten eller matas in i dataprogram som är skapad för texten. Det är bra att räkna förekomsterna av grupperna. Sedan analyseras texten angående gruppernas förekomster och deras förhållanden till andra enheter som förekommer i texten. En innehållsanalys avslöjar vad det är i texten som är relevant och vad den innehåller, såsom speciella ord och idéer. Likaså de prioriteringar som skildras i texten är hur ofta meningarna förekommer i texten. I innehållsanalysen avslöjas också de värderingar som finns i texten, det kan vara frågan om positiva och negativa ord som förekommer i texten. Likaså hur idéer hänger samman. Det bör finnas en närhet mellan idéerna i texten, med andra ord en logisk sammankoppling (Denscombe, 2009, 307-308).

Innehållsanalysen är en metod som används för att kunna analysera vetenskapliga dokument som är skrivna. Innehållsanalys är ett diffust begrepp och man kan använda många olika sorter av metoder. Från början var innehållsanalysen en kvantitativ analys men den har utvecklats till en kvalitativ riktlinje. Innehållsanalysmetoden är känd och används ofta inom vårdforskningen. En innehållsanalys har ett objektivt kommunikationsinnehåll. En begränsning är beroende på hur bred och djup definitionen är och i en meningsfull vårdforskning måste kommunikationsinnehållet vara meningsbärande. En innehållsanalys är tvärvetenskaplig och man kan redogöra för kommunikationsinnehåll inom historisk utveckling, mänskligt beteende eller social organisation. Man utgår från enskilda vetenskapsteorier, discipliner samt delområden. Om man tar bort teoriinnehållet från en innehållsanalys blir det ett hantverk eller en teknik och då lämnar man bort det viktigaste i texten. Om innehållsanalysen i ett teoretiskt sammanhang visas, leder det till den vetenskapliga idén (Eriksson, 1992, 280).

Innehållsanalysen försöker berätta om kommunikationsinnehåll i en historisk utveckling och mänskligt beteende samt social organisation. Genom att analysera innehållet tillsammans i ett teoretiskt sammanhang, kan den nya vetenskapliga idén illustreras till exempel om den knyts ihop i en vårdteori och om ämnet är vårdvetenskap. En analys kan också ske utgående ifrån en fenomenologisk–hermeneutisk tolkningsmetod. Det fenomenologiska perspektivet är koncentrerat på upplevelser och erfarenheter. Fenomenologin är koncentrerad på en exakt beskrivning. Forskarens förkunskaper bör sättas inom parentes. Det hermeneutiska perspektivet är fokuserat på mening och frågor som syftet ställer i en text och vad den berättar om. Fenomenologin är en förutsättning för hermeneutik och tvärtom (Olsson & Sörensen, 2007, 129).

6.4 Studiens praktiska genomförande

Respondenterna besökte en eftermiddag personalen på en bäddavdelning för att informera om åsikter och tankar om enkätundersökningen. Anhållan om enkätundersökningens genomförande (bilaga 1) skickades till två olika ställen, den ena till avdelningsskötaren på en bäddavdelning före besöket, den andra till hemsjukvårdsledaren som vidarebefordrade enkätundersökningen till hemsjukvårdspersonalen. Avdelningsskötaren meddelande per telefon och skriftligt via e-post att anhållan godkändes.

Respondenterna skickade ut totalt 25 enkäter till bäddavdelningen och hemsjukvården. Eftersom en bäddavdelning inte deltog blev det ändringar. Respondenterna satte med ett följebrev (bilaga 2), enkäten (bilaga 3) och en svarslåda där informanterna satte sina formulär. Respondenterna hämtade svaren från hemsjukvårdspersonalens möte enligt överenskommelse med ledaren. Den personal som deltog i enkätundersökningen var sjukskötare, närvårdare, primärskötare och hälsovårdare. 21 enkäter hade besvarats. Respondenterna väntade på svaren från bäddavdelningen och från hemsjukvården. Respondenterna sammanfattade enkätsvaren genom att skriva ner svaren på dator.

7 Resultatredovisning

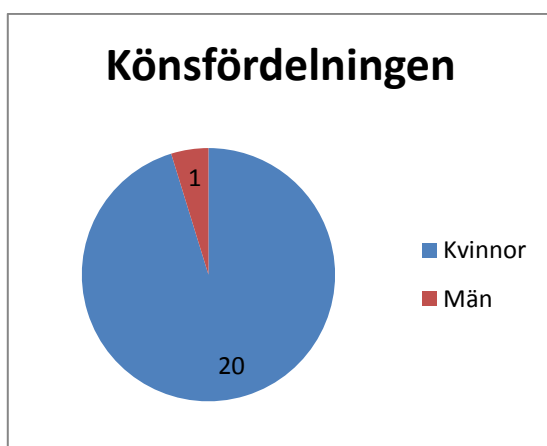
Respondenterna har i resultatredovisningen beskrivit resultatet av enkätundersökningen fråga för fråga. Resultaten av de tre första frågorna som var fasta frågor, redovisas med hjälp av ett cirkeldiagram samt i löpande text. Enkätens resterande elva frågor var öppna frågor där informanterna hade möjlighet att beskriva sina svar. Kategorierna som framkom är skrivna med svärtad text. Efter varje kategori kommer respondenterna att använda sig av flera citat från intervjuerna för att kunna beskriva nyanserna i resultaten. Respondenterna har valt att ha citaten skilt från texten för att resultatredovisningen skall bli så överskådlig som möjligt. Alla informanter svarade inte på alla frågor i enkäten. Respondenternas forskningsfrågor: var ” Hurudana vårdplaner används för en patient med rehabilitering i hemvården och i hemsjukvården?” och ” Vilka är de centrala vårdformerna för patienterna i hemvården och i hemsjukvården?”. Svaren beskriver hur vårdpersonalen uppfattar hemsjukvården och hur bäddavdelnings personal uppfattar rehabiliteringen.

7.1 Första forskningsfrågan

Respondenternas första forskningsfråga var hurudana vårdplaner används för en patient med rehabilitering i hemvården och i hemsjukvården. Kategorierna som framkom presenteras härnäst.

7.1.1 Beskrivning av undersökningen

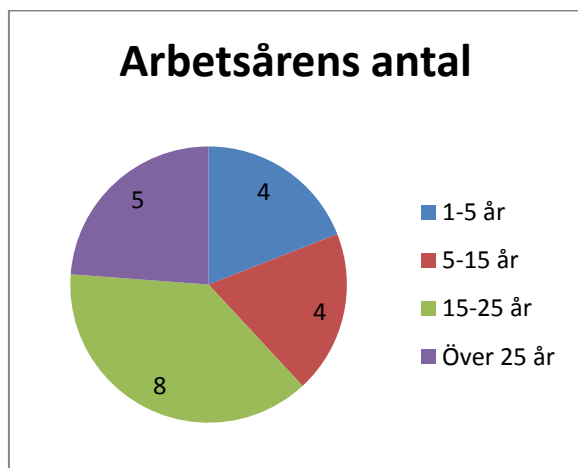
I den första frågan ville respondenterna få svar på informanternas könsfördelning. Det var 20 kvinnor och 1 man som deltog i undersökningen. (Se figur 1).



Figur 1. Könsfördelningen bland informanterna i enkätundersökningen (N=21).

7.1.2 Arbetsåren bland informanterna

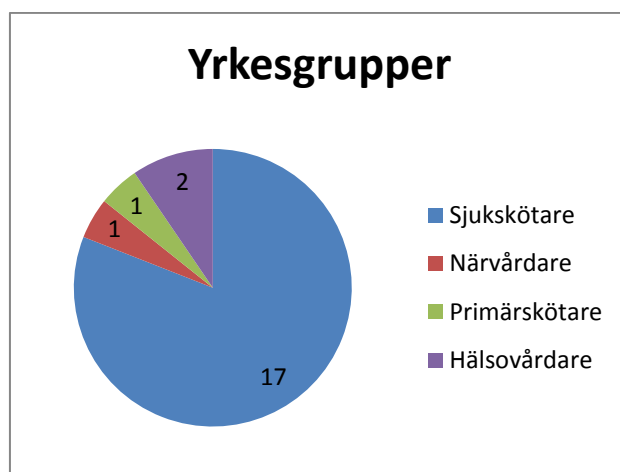
På den andra frågan ville respondenterna få svar av informanterna hur länge informanterna hade arbetat inom vården. Det var fyra informanter som hade arbetat 1-5 år. Fyra stycken hade arbetat 5–15 år, åtta stycken hade arbetat 15–25 år och fem stycken hade arbetat över 25 år. (Se figur 2).



Figur 2. Antalet arbetsår bland informanterna i enkätundersökningen (N=21).

7.1.3 Redovisning av yrkesgrupperna

I fråga tre ville respondenterna få svar på vilka yrkesgrupper som deltog i enkätundersökningen. Det var sjuutton sjukskötare, en närvårdare, en primärskötare och två hälsovårdare. (Se figur 3).



Figur 3. Yrkesgrupperna bland informanterna i enkätundersökningen (N=21).

7.1.4 Hemmet outnyttjade resurser

I fråga nummer fem beskrev flera informanter egna åsikter om hemmets resurser. Dessa kategorier kom fram: **otrygghet, tidsbrist, bäddavdelningsvården, avancerad hemsjukvård och fysioterapi.**

Otrygghet innebär att patienten behöver få mera tillfällig hjälp hemma eftersom patienterna känner sig otrygga, även de patienter som har en lätt förvirring.

”Ja speciellt de patienter som kommer bara på grund av otrygghet. Även patienter med lätt förvirring kunde få tillfälligt mera hjälp i hemmet.”

Tidsbrist innebär att det borde finnas mera personal eftersom personalen har för lite tid med patienterna och avstånden mellan patienternas hem är så långa. Därför har de anhöriga för stort ansvar.

”Det finns inte eller om man har mera tid att vara med patienten, det kunde fungera.”

”Ja. absolut! På grund av ett stort område med långa avstånd mellan punkt A och punkt B, inte finns tillräckligt med personal. Därför läggs mycket av ansvaret på anhöriga.”

Bäddavdelningsvården innebär att det inte alltid finns vårdplatser eller någon riktig vårdplan. Vården består oftast av klinikfärdiga patienter som behöver medicinering och rehabilitering efter operationer. Det negativa är att samhället saknar resurser för att patienterna skall kunna bo kvar i eget hem och på bäddavdelningarna är det ofta platsbrist. Från bäddavdelningen stöder också personalen vården av palliativa patienter i eget hem. Om hemsjukvården hade bättre kontakter till patienterna, skulle de också känna en tryggare vård. Det är omöjligt att kräva att klienterna skall vara friskare än då de kommit till bäddavdelningen.

”Ja. Oftast finns det egentligen ingen riktig plan, den utarbetas oftast på bädden.”

”De flesta som kommer in till bäddavdelningen kommer p.g.a. medicinska skäl, de behöver t.ex. iv antibiotika, uppvätskning eller medicinjustering. De kan vara från sjukhuset t.ex. höftopererade behöver oftast flera veckor intensiv rehabilitering för att komma igång. Samhället har knappast resurser för att de skall kunna bo hemma i detta skede. Däremot är målet att alla som kan skall hem så fort det är möjligt (eller till något annat boende). Tidvis brukar vi från bäddavdelningen sköta 1-2 patienter i hemmet. Det är fråga om palliativ vård för patienten i livets slutskede som önskar bo hemma. Vården planeras från bäddavdelningen och dagliga hembesök görs av sjukskötare från avdelningen. Oftast samarbetar vi med en sjukskötare från en annan förening.”

”Ifall hemsjukvården ha tätare kontakt med nyligen hemskickade bäddavdelningspatienter, kunde de kanske vårdas tryggare. Omöjligt att kräva att klienterna skall vara mycket friskare än då de kommit till bäddavdelningen om de är åldringar. Anpassning krävs för en ny hälsosituation.”

”NEJ. Det är så svårt att slippa till bäddavdelningen p.g.a. platsbrist. Alla som kan bo hemma (överlever hemma) är hemma.”

Avancerad hemsjukvård innebär att läkarjouren skulle fungera även kvälls och nattetid och patienterna skulle känna sig socialt tryggare i det egna hemmet. Ett hemsjukhus där personalen har kunskap och tid att sköta om patienter med olika sjukdomar samt kan hantera IV-läkemedel och som även skulle fungera på kvällar, nätter och veckoslut. Den sociala aspekten borde också tas i beaktande.

”Ifall en dejourerande läkare fanns tillgänglig även kvällstid!”

”Det finns det nog, förutom den sociala aspekten.”

”Om man hade personal kvällstid och nattetid kunde de säkert bo längre hemma.”

”Svårt att säga. Beror mycket på personalen, kunskap och tid. ”

”I så fall kanske med hjälp av ett så kallat hemsjukhus. Avancerad hemsjukvård i hemmet. Hjärtsviktspatienter IV-AB i hemmet, VIKTIGT med läkarkontakt.”

Fysioterapi innebär att det skulle finnas tillräckligt med resurser, men just nu räcker inte resurserna till och samarbetet mellan fysioterapin och hemsjukvården borde bli bättre.

”Säkert. Men som det har varit hittills har inte resurserna riktigt räckt till för det.”

”Fysioterapi och hemsjukvård borde ha mera samarbete.”

7.1.5 Upplevelser av rehabilitering och hemsjukvård

I fråga nummer sex beskrev flera informanter hur de upplever att rehabiliteringen och hemsjukvården fungerar i patientens hem. Dessa kategorier kom fram: **hemsjukvård, rehabilitering, resurser, patientens attityder.**

Hemsjukvård fungerar nog i patientens hem om man har kommit överens om det men det innebär också ett samarbete mellan sjuksköterna och patienten. Tidsbristen gör dock att personalen inte hinner med rehabiliteringen utan gör det som de måste, medicindelning, såromläggning och injektioner. Rehabiliteringen ska finnas för att kunna aktivera patienten och för att kunna ge det stöd som patienten behöver. Därför skulle det behövas samarbete mellan fysioterapeuter och ergoterapeuter och hemsjukvården. Man borde fungera som ett team. Hemsjukvården fungerar dagtid. En utvecklad hemsjukvård skulle nog behövas. En bättre planering och gemensamma beslut för alla enheter borde prioriteras.

”Hemsjukvården fungerar nog i patientens eget hem om man kommit överens om detta (de har också ganska begränsade resurser). Hemsjukvården sköter mest om t.ex. medicindelning i dosett, såromläggning, injektioner och dylikt. Däremot kunde hemsjukvården (hälsovård)/ hemvården (hemhjälparna) samarbeta mera i vissa fall så att det inte blir ”dubbla besök.”

”För att få rehabilitering har patienten kanske fått komma till fysikalen på hvc eller deltagit i någon grupp.”

”HSV har inte tid att rehabilitera patienten så mycket som man vill.”

”Ganska bra. Men för lite personal för att kunna ge det stöd patienten behöver.”

”Hemsjukvården fungerar bra, men vi hinner bara göra det allra nödvändigaste.”

”Rehabiliteringen fungerar inte så bra. En fysioterapeut och en ergoterapeut kunde ingå i hemsjukvårdsteamet.”

”Ej tillräckligt med resurser, varken tid eller personal.”

”Fysioterapeuten och hemsjukvårdarna borde vara mera som ett team. v.b tillsammans fara hem till patienterna och göra upp planerna för fortsatta träningen. Hemsjukvårdarna kunde följa upp träningen i samband med andra vårdåtgärder.”

”Hemsjukvården fungerar nog ok men bara dagtid. De som skall ha mera rehabilitering kommer till bädden.”

”Hemsjukvården borde nog utvecklas - bättre planering - gemensamma beslut för alla enheter.”

Rehabiliteringen fungerar bra med mera resurser på vardagarna, men fungerar inte på veckosluten. Vid långa avstånd fungerar inte rehabiliteringen och därför upptas många vårdplatser på bäddavdelningen. Några informanter upplever att rehabiliteringen inte fungerar.

”Rehabilitering borde fungera bättre om det fanns mera resurser. Hemsjukvården fungerar bra måndag till fredag. Tyvärr inte under veckosluten.”

”P.g.a. långa avstånd får inte alla som skulle vara i behov av rehabiliteringsvård i hemmet. Därför upptar de flera platser på bädden.”

”Om resurser finns vore det bra med en fungerande rehabilitering.”

”Rehabilitering fungerar ej.”

Resurser informanterna är nöjda med resurserna. De tycker att det är bättre och sämre, beroende på patientens sjukdom, svårighetsgrad och anhörigas möjligheter att delta i vården. En del av informanterna tycker att resurserna är bristfälliga, medan en del av informanterna inte hade några kommentarer. Man gör så gott det går.

”Enligt resurserna ok.”

”För små resurser.”

”Bristfälligt, men man gör så gott det går.”

”Detta kan jag inte svara på.”

”Inget vidare bra.”

”Vet ej.”

”Bättre och sämre, beroende på patientens sjukdom, svårighetsgrad, anhörigas möjligheter att delta i vården.”

Patientens attityder innebär ett avbrott i uppföljningen men mycket beror på vilken inställning patienten har. Informanterna saknar information om hur patienten har det efter hemfärden.

”Får oftast inte höra av patienten efter hemfärd.”

”För vissa bra andra mindre. Beror mycket på patientens inställning möjligheter finns att välja på.”

7.1.6 Vårplan och dokumentation

I fråga nummer 7 beskrev flera informanter om vad de använde för vårdplan/dokumentation i vårdarbetet. Dessa kategorier kom fram: **vårdplanerings möten** och **abilita dokumentation**.

Vårdplaneringsmöten innebär att det skulle behövas mera samarbete mellan olika yrkesgrupperna inom vården. Tättare vårdplanerings möten med de olika vårdgrupperna för att kunna göra upp en vård- och serviceplan vore önskvärd. Det skulle vara bra om patienten och en närstående kunde vara med då det gäller den enskilda patientens önskemål. Vård planeringen sker ofta muntligt via telefon till hemsjukvården innan patienten kommer hem.

”Vårdplaneringsmöten mellan de olika arbetspunkterna - oftast muntliga - genom telefonsamtal till hemsjukvården när en patient skall skickas hem.”

”Vi har vårdplaneringsmöten en ggr/månad. Där går vi igenom alla patienter som planeras hem inom en snar framtid. Vilken hemserviceform som behövs. Då det är aktuellt med flyttningen tar vi telefonkontakt till hemsjukvård, hemhjälp, och i första hand naturligtvis till patientens anhöriga.”

Äldreomsorgsledaren gör oftast hembesök då patienten kommit hem och diskuterar vad de önskar (med patient och anhöriga) samt gör upp en skriftlig vård- och serviceplan. Då patienten flyttar till annat boende brukar vi skriva en skötare – skötare rapport förutom att vi har telefonkontakt. ”

I vårdplans möte deltar avd. Skötaren från bäddavdelningen, hälsovårdaren, ergoterapeuten, fysioterapeutäldre omsorgs ledare, hemhjälpare, någon person från olika serviceboenden, ansvarig sjukskötare från åldringshuset.”

Abilita dokumentation innebär att en uppdatering borde ske mellan olika instanser för att vårddokumentationen skall kunna bli ett system som fungerar bra. Röda mappen är till för den muntliga dokumentationen mellan vårdarna och anhöriga, även telefonkontakten är viktig.

”Abilita. Fungerar inte alltid så bra. Oftast skriver vi skötare – skötarerapport + muntlig info. Vi kunde göra vårdplanen noggrannare och bättre.”

”Ingen skriftlig vårdplan, ifall patienten far till hemmet. Endast muntlig info åt berörda parter, alltså oftast anhöriga eller någon från hemsjukvården.”

”I pappersversion. Fyssen brukar även dokumentera i patientjournalen.”

”Abilitas vårdplaneringsprogram. Muntligt/telefon.”

”Vårdokumentation.”

”Telefonsamtal, epikris, vårdjournaltext.”

”Skötare – skötare blankett.”

”Tel. kontakt, epikristext, internt, fax, medixvårdjournal.”

”Ringer och meddelar när patienten far hem/åker in.”

”Via datajournal, samt muntlig kontakt.”

”Röda pärmen, vårdjournal.”

7.1.7 En fungerande vårdplan

I fråga åtta beskrev flera informanter hur de upplever att vårdplanen fungerar: Dessa kategorier kom fram: **fördelar**, **skolning** och **uppdatering**

Fördelar innebär att det är viktigt att det finns en fungerande dator och det är bra för alla har ett ansvar att dokumentera. Flera informanter upplever att dokumentationen fungerar bra. Det uppgörs alltid en skriftlig vård- och serviceplan då patienten skrivs ut från bäddavdelningen till öppen vården. En önskan är att bäddavdelningen och hemsjukvården kunde se varandras vård- och serviceplaner.

”Den fungerar. Skrivs på datorn, alla har ansvar för sina moduler och skriver det som gjorts.”

”Bra.”

”Rätt bra, kunde förbättras.”

”Ganska tillfredställande. Det är ju meningen att öppna vården skall ta hand om och ansvara för patienten när han skrivs ut från bäddavdelningen. Då uppgörs en skriftlig vård- och serviceplan.”

”Jag tycker den är bra men vi kunde utnyttja den mera vid bäddavdelningen/ hemsjukvårdsförflyttningarna. Se varandras planer.”

”Ok. Bra att se vad som hänt under bäddvistelsen.”

”En bra början.”

Skolning och **uppdatering** innebär att datasystemet kunde förbättras därför att det ännu finns brister, det är tidskrävande och kortsiktigt. Mera skolning åt nyanställda. Patienterna är så många och det saknas tid för uppdateringar. Det saknas tid för uppdatering då förändringar sker. Informanterna upplever vårdplaneringen både som positiv och negativ. Personalen saknar kunskap om dokumentation. Informanterna hoppas att det blir bättre då ENNI- programmet tas i bruk.

”Kunde förbättras.”

”Den fungerar någorlunda. Finns nog brister p.g.a. många i personalen och många klienter finns det inte alltid tid att rehabilitera patienten på bäddavdelningen.”

”Kortsiktigt.”

”Bara alla skulle använda den på samma sätt fungerar den bra, men då nyanställda inte hinner få tillräckligt med skolning uppstår brister.”

”Bra. Man kunde dock uppdatera planen oftare, när förändringar sker.”

”Finns ej tid för uppdatering, kan vara väldigt gamla vårdplaner, endast det ”akuta” sköts.”

”Haltande eftersom den inte planerats klart.”

”Både positivt och negativt, små detaljer gör det svårt om alla inte kan programmet.”

”Tycker att vårdplanerna är dåligt dokumenterade p.g.a. tidsbrist.”

”Den tar för mycket tid att fylla i, är inte så överskådlig.”

”Allmänna direktiv hur eller vad man skall dokumentera.”

”Kunde göras mera ingående och bättre. Blir annorlunda när vi får prova ENNI – programmet.”

7.1.8 Förslag till förbättring i dokumentation

I fråga nio beskrev flera informanter vilka förbättringar som kunde göras i vårddokumentationen: Dessa kategorier kom fram: **fungerande data system, ansvarig och oansvarig.**

Fungerande datasystem innebär att dokumentationen borde förenklas. Ett gemensamt vårdprogram skulle underlätta vårdplaneringen mellan olika yrkesgrupper. Bärbara datorer skulle underlätta arbetet för patientkontakten är viktigast. Vårdpersonalen borde nu som då läsa igenom vårdjournalen och göra dokumentationer så att den är uppdaterad. Personalen planerar att ta i bruk palaver med patient, anhörig, ansvarig skötare, ergoterapi och fysioterapi i ett tidigt skede på bäddavdelningen för att kunna sätta upp målsättningar och för att kunna göra bättre utvärderingar och få det så detaljerat skrivet att en vikarie kan göra jobbet. Vid in- och utskrivning mellan bäddavdelningen och hemmet ska planen ifyllas . Ska planen i fyllas alla i personalen borde se till att planen är uppdaterad.

”Mindre dokumentation. Enklare dokumentation och ändamålsenligt program. Bärbara datorer.”

”Få ett fungerande datasystem, inte som nu att datorn dör allt som oftast.”

”Det pågår ett kontinuerligt arbete för att få en bättre dokumentation. Vi planerar att ta i bruk palaver med patient, anhörig, ansvarig skötare, ergoterapi, fysioterapi i ett tidigt skede på bäddavdelningen, för att kunna sätta upp mål, målsättningar, kunna föra bättre utvärderingar, samt att fylla i, dokumentera underrubriker plan i vårdjournalen.”

”Mera uppdaterad dokumentation. Så detaljerat skrivet att en vikarie kan göra jobbet.”

”Skötarna borde också läsa noga genom vårdplanen mellan varven.”

”Just vid in och utskrivning bäddavdelning/ hemmet. Vi borde alla se till att planen är uppdaterad.”

”Datadokumentationen planeras klart, programmen och datorerna fungerar”

”Mindre dataarbete och inte dubbelboka i olika program.”

”Nu bara ett instrument för hemsjukvård + bäddavdelning.”

”Allt, tid, skolning, tillgång till dator.”

”Vilka förändringar har gjorts!”

”Ett lättare dataprogram, med mindre musklick, mindre tidskrävande dataprogram. Det är patientkontakten som är det viktigaste – inte datorn.”

Ansvarig innebär att dokumentationen är klar och tydlig och det som är det viktigaste skrivs ner samt skolning till personalen på samma grunder. Det borde också finnas dokumentation om det som sker hemma.

”Den som dokumenterar skriver ner det viktigaste. Bättre dokumentation av personalen.”

”Klar, detaljerad dokumentation.”

”Det som sker hemma.”

”Skolning åt alla på samma grunder, att fylla i journalen för alla.”

Oansvarig innebär att personalen inte är ansvarsfull, det saknas en dokumentationsplan, vårdare och läkare går sällan in och läser på datorn.

”Inte ansvarsfull.”

”Inga dokumenteringar eller planer utan personlig kontakt med den som skall fortsätta vården. Om en patient är på avd 5, som är en rehabiliteringsavdelning så kan de ej där läsa den. Få läkare går in och läser den.”

7.1.9 Möjlighet att påverka vårdplaneringen

I fråga tolv besvarade flera informanter om klienterna fick delta i den egna vårdplaneringen. Dessa kategorier kom fram: **delta** och **självbestämmanderätt**.

Delta innebär att patienten i mån av möjlighet kan delta i vårdplaneringen om de själva vill och om det finns resurser att tillgå. Flera informanter har skrivit JA på att patienterna har möjlighet att kunna delta i vårdplaneringen. På grund av små resurser är det inte alltid möjligt att tillmötesgå patienternas önsknings om att kunna delta i den egna vårdplaneringen.

”Ja, om de bara vill och om det bara är möjligt att uppfylla deras önsknings.”

”I mån av möjlighet. ”

”De patienter som kan/vågar hoppas jag kan påverka. ”

”Ja, till en viss del. ”

”Dom har. ”

”Jo, de kan säga vad de önskar men p.g.a. små resurser är det inte alltid man kan förverkliga önskemålen. ”

”Har möjlighet om dem vill vara mera delaktiga. ”

”Då vi skriver in en patient sitter vi och diskuterar med patienten hur han/hon vill ha det. ”

”Ja, enligt de resurser som finns att tillgå.”

Självbestämmanderätt innebär att planeringen skall utgå från patientens önskemål och behov samt de anhörigas åsikter. Patienten har självbestämmanderätt men om inte patienten kan ta egna beslut brukar anhöriga vara delaktiga i de beslut som görs. Läkarsamarbetet är viktigt. Ibland har inte patienten kännedom om sin egen situation.

”All planering skall i första hand utgå ifrån patientens egen önskan och behov.”

Självbestämmanderätten kommer i första rummet. Ibland kan inte patienten ta egna beslut och då brukar det vara anhörigas önskan som vi måste ta hänsyn till. ”

”Vi försöker ordna det med läkarsamarbete. ”

”Mycket lite. Mycket är beroende av resurser. ”

”Ofta har patienten inte kännedom om sin situation. ”

7.2 Andra forskningsfrågan

Respondenternas andra forskningsfråga var vilka är de centrala vårdformerna för patienterna i hemvården och i hemsjukvården.

7.2.1 Centrala vårdformer

I fråga nummer fyra beskrev flera informanter vilka centrala vårdformer som kommunerna kunde utveckla i patientens hem och följande kategorier kom fram: **fysioterapi, nattarbete, palliativ vård, demensvård** och **resurser**.

Fysioterapi innebär att fysioterapeuten och ergoterapeuten besöker patienten i eget hem för att patienten skall kunna få hjälpmedel och möjlighet till läkarhjälp. Patienten får rehabiliteringsmöjligheter samt sociala aktiviteter och mera sällskap i hemmet för att förebygga depression, ensamhet och samarbete mellan vårdpersonalens olika vårdgrupper. Tillgång till kvällspatruller skulle underlätta för de äldre i kommunen. Ett alternativ är också att höja närståendestödet.

”Skaffa hjälpmedel till hemmet.”

”Ofta då någon far hem brukar ergoterapeuten göra ett hembesök för att kolla upp om patienten behöver några hjälpmedel dit hem. Ergoterapeuten kunde eventuellt göra några uppföljningsbesök och se hur det går. Fysioterapeuten kunde också göra hembesök vid behov om det skulle vara möjligt.”

”Rehabiliteringsmöjligheter.”

”Tillgång till läkare som kan göra hembesök vid behov ca 1 ggr/månad.
Fysioterapi i hemmet.”

”Mera sällskap, mera rehabilitering, ergonomi.”

”Fysioterapi. Sociala aktiviteter för att motverka ensamhet, depression.”

”Kvällspatrull, hemsjukvård, samarbete hemvård- hemsjukvård, bäddavdelningsansluten hemsjukvård, höja stödet för närståendevård, intervallvård.”

Nattarbete innebär ett ansvar för kommunen att ordna någon form av nattjour, ett gemensamt boende i varje by, hemsjukvård och att det skulle finnas en ansvarig läkare som skulle göra regelbundna hembesök.

”Nattjour.”

”Ett radhus i varje by för byns åldringar att få serviceboende i, bemanningen morgon + kväll + natt v.b.”

”Alla kommuner har inte kvälls- och nattpatruller. Även en ansvarig läkare inom hemsjukvården borde finnas med regelbundna hembesök av läkare.”

Palliativ vård innebär ett förebyggande arbete och att det behövs mera personal för att kunna sköta den förebyggande och den palliativa vården i hemmet och vården i livets slutskede.

”Vård i livets slutskede, palliativ vård, men då måste det finnas personal.”

Demensvård och resurser innebär en ökning av resurserna inom demensvården så att de dementa kan bo hemma längre, att patienter speciellt i serviceboenden och gruppboenden skulle få bo kvar även i livets slutskede. Den palliativa vården och IV-antibiotika behandlingen borde fortsätta i hemmen då patienten har varit på sjukhuset eller bäddavdelningen. Detta kräver mera resurser och ett förebyggande arbete ute i hemmen inom hemsjukvården. Trots att kommunerna har skurit ner på resurserna är det bra om patienterna kan bo hemma så länge som möjligt med hjälp av hemservice och närståendevård. Det är svårt att säga hur en sådan utveckling kunde göras.

”Demensvården, mera resurser t.ex. nattpatrull för patienten skall kunna bo hemma. Gäller alla. Palliativa vården, att patienter speciellt i serviceboenden och gruppboenden skulle få bo kvar även i livets slutskede.”

”IV-antibiotika- behandling. Sådant som påbörjats på bäddavdelningen – sjukhuset och skall fortsätta. Ifall patienten endast är inskriven på grund av det. Kräver mera resurser av hemsjukvården men det är på gång.”

”Förebyggande arbete.”

”Kommunen har mest skurit ner på resurser men det som finns kvar är att bo hemma så länge det bara går med hemservice och närståendevård.”

”Svårt att säga.”

7.2.2 Hemsjukvårdens och bäddavdelningens vårdplan

I fråga tio ville respondenterna få svar av informanterna om hur vårdplanen kunde utvecklas. Informanternas svar på hur de upplever hemsjukvården och bäddavdelningens vårdplan: Dessa kategorier fram kom: **gemensam, positivt** och **negativt**.

Gemensam innebär ett mera heltäckande vårddokumentationsprogram som är gemensamt för alla vårdplatser och som är klart och tydligt så att inte fel uppstår. En vårdplan från bäddavdelningen behöver göras då patienten flyttar, en sammankoppling av journalen mellan bäddavdelningen och hemsjukvården samt VCS. Den ska vara klar och tydlig, enkel att använda, skolning så att alla använder den på samma sätt.

”Gärna en gemensam, där man kan gå in på varandras program och fylla i viktiga data. Det skulle underlätta för alla parter. ”

”En mer heltäckande. ”

”Dokumentera också hsv vårdplanen eller bäddens plan när patienten flyttar.”

”Vårdjournalerna borde kopplas samman. Görs det redan inom hemsjukvården vid olika vårdavsnitt, öppna en ”gammal” plan som korrigeras så den blir aktuell! ”

”Samma datasystem inom alla vårdinsatser. Hemsjukvård – hemservice – bäddavdelning - VCS. ”

”Enkelt att fylla i så att inte ”missförstånd” /vårdfel uppstår. ”

”Klar och tydlig, enkel att använda, skolning så att alla använder den på samma sätt. Samarbete.”

Positivt innebär en personlig kontakt med alla patienter och med alla berörda vårdare som jobbar i hemmet och på bäddavdelningen. Man vill ha mera samma personal samt vårdplanerings möten mellan personalgrupperna. Informanterna tycker att vårdplanen är ganska tillfredsställande. Det är meningen att öppna vården skall ta hand om och ansvara för patienten när han skrivs ut från bäddavdelningen. Då uppgörs en skriftlig vård- och serviceplan. Mera personliga kontakter och samma personal, samt muntlig information önskas. Att planera hemgången tillsammans med hemsjukvården så att de kan komma med på vårdplaneringsmötet är önskvärt.

”För att ta alla med som är berörda, hemvården jobbar också mycket med patienterna i hemmet. ”

”Ganska tillfredsställande. Det är ju meningen att öppna vården skall ta hand om och ansvara för patienten när han skrivs ut från bäddavdelningen. Då uppgörs en skriftlig vård- och serviceplan. ”

”Personliga kontakter.”

”Egentligen är den vi har bra bara den skulle användas till fullo. ”

”Den är OK som vi har. Ändå tycker jag att den muntliga informationen är viktigast. ”

”Bästa kontakten är personlig t.ex. via telefon och via rapporter. ”

”Mera samma personal. ”

”Kanske när man planerar hemgång kan hemsjukvården komma med på vårdplaneringsmöte. ”

Negativt innebär att det är för svårt att säga om det är för lite resurser och för lite platser på bäddavdelningen, vilket gör att personalen samarbetar mindre. En del informanter kunde inte svara på frågan.

”Kan ej svara på det. ”

”Svårt att säga! ”

”Vet ej. Resurserna små på båda ställena. ”

”Eftersom det inte finns plats på bädden samarbetar vi mycket mindre nu än för två veckor sedan. ”

7.2.3 Ett utvecklat vårdssamarbete i hemmet

I fråga elva beskrev flera informanter om hur vårdssamarbetet kunde utvecklas. Dessa kategorier kom fram: **utveckling, personal, ekonomi** och **gemensamma mål**.

Utveckling innebär att med en ökad personal så skulle rehabiliteringen och fysioterapin kunna utvecklas i hemmen, det kan vi inte i dag. Fysioterapeuter kunde göra hembesök tillsammans med hemsjukvården. Patienternas väntetider till bäddavdelningen skulle bli kortare. Informanterna anser att ett bättre samarbete mellan olika instanser skulle göra att patienterna inte skulle bli så dåliga under väntetiden. Personalresurser, samarbete mellan olika instanser kunde utvecklas.

”Rehabilitering kan nog utvecklas, redan med att kunna erbjudas den. Det kan vi inte alltid i dag. ”

”Att fysioterapeut exempel kan göra hembesök tillsammans med HSV eller hs skötare. ”

”Fysioterapi och andra resurser. ”

”Det tror jag men kommer inte på svar just nu.”

”Absolut, kortare väntetid till bädden så att patienten inte måste åka vis VCS och inte bli så dåliga att det tar så länge att tillfriskna ”obs platser” med max 3 dagars vistelse på avdelning. Så att de kan vara inne i akuta skedet och sedan hem. ”

”personal resurser, samarbete mellan olika instanser.”

Personal innebär att man skulle utöka personalstyrkan inom hemservice och rehabilitering samt erbjuda mer skolning av personal och ge mera resurser. Det är inte alltid lätt att hitta kompetent personal men man gör så gott man kan.

”Mera personal inom både hemservice och rehabilitering - Skolning av personalen.”

”Personalbrist, kompetent personal är inte alltid så lätt att få tag på. Samhället har begränsade resurser och vi får göra det bästa möjliga av vad som finns. ”

”Mera skolning. Praxis mapp. Mera personal. ”

”Mera resurser och mera skolningar. Mera personal. ”

Ekonomi innebär att det mesta handlar om mera pengar och resurser, vilket inte alltid är möjligt.

”Det handlar mycket om pengar och att få mera resurser, vilket ej alltid är möjligt.”

”Det mesta. ”

”Resurser? ”

Gemensamma mål innebär att alla yrkesgrupper skulle behöva ha ett bättre samarbete för ett gemensamt mål då det gäller den enskilda unika patienten och en bättre rapportering. Renovering v.b. och hjälpmedel att tillgå samt bättre rapporter från sjukhuset vore bra.

”Bättre samarbete mellan olika distanser alla arbetar för ett gemensamt mål. ”

”Skaffa hjälpmedel. Renovera om det behövs. s.k. dusch/wc. ”

”Teamarbetet mellan olika yrkesgrupper. ”

”Bättre rapportering, speciellt från sjukhus. ”

7.2.4 Arbetsmiljön

I fråga tretton beskrev flera informanter hur de upplever sin arbetsmiljö. Dessa kategorier kom fram: **arbetsmiljö, bra** och **stressigt**.

Arbetsmiljö innebär att den är tillräckligt bra trots höga arbetstoppar. Alla lider ibland av höga arbetstoppar och då blir alla på sämre humör, men för det mesta var allt bra.

”Tillräckligt god. ”

”OK. ”

”Arbetsmiljön bra men alla lider ibland av höga arbetstoppar och då blir alla på sämre humör. Men för det mesta bra. ”

Bra innebär att det finns tillräckligt med arbetsutrymme och tillgång till hjälpmedel, att rummen är ljusa och trevliga samt att alla hjälps åt. Arbetsgemenskapen är viktig för att kunna utveckla en bra arbetsplats. De flesta upplever att arbetsmiljön är god, men ibland känns det stressigt.

”Övrigt bra. Bra med hjälpmedel och utrymme. Men tyvärr för stora patientrum, 4 personers rum. Blir orolig i dessa rum. ”

”Den är bra. Alla hjälps åt. Strävar mot samma mål. ”

”Bra arbetsredskap att ta till när det behövs, ljusa och trevliga rum. ”

”God och bra, trevliga arbetskamrater! ”

”Bra, men stressigt. ”

”God, trevliga arbetskamrater, möjlighet att utveckla arbetet om tid finns.”

Stressigt innebär mycket arbete speciellt på kvällarna då nya patienter kommer in. Vi-andan saknas och då blir arbetet både fysiskt och psykiskt stressigt och tungt, likaså om det saknas brist i planeringen. Läget kan förändras snabbt hos patienterna. Det är ensamt inom hemsjukvården men arbetet är omväxlande. För mycket jobb och för högt tempo.

”Ibland stressig, Speciellt kvällar med nya patienter som droppar in”.

”Mycket arbete, stressigt psykiskt och fysiskt tungt, saknas vi-anda. ”

”Tidvis stressigt men ändå positivt. ”

”Mycket god. Stressigt ibland p.g.a. att läget kan förändras snabbt med patienterna. ”

”Ensam, jag är enda inom hemsjukvården i vår kommun. ”

”Tidvis stressigt. Mellan arbetskamraterna god anda. Brist i planeringen från ledningen. ”

”Växlande, för mycket jobb och för högt tempo. ”

7.2.5 Övriga synpunkter

I fråga fjorton som är den sista frågan hade informanterna möjlighet att tillägga egna åsikter och tankar. En kategori framkom: **olika åsikter**.

Olika åsikter innebär att ett serviceboende skulle trygga kontinuiteten inom vården. Man skall utveckla resurserna inom hemsjukvården när åldern hela tiden blir högre bland de äldre. Visst finns det begränsningar med att vårda patienter i hemmet. Några informanter önskade längre tid med att fylla i enkäterna.

”Serviceboende som kan anpassas till patientens behov i hembyn.
Hemhjälpen utlokaliseras där den behövs. Central service– områden passé.
Personliga kontakter för att trygga kontinuiteten i vården! ”

”Med mera resurser kan man utveckla en del av hemsjukvården. Men visst finns det begränsningar med att vårda patienter i hemmet. ”

”Med en ökande åldrande befolkning har man inte beaktat resurserna. För lite tid att fylla i detta, ca 10 minuter.”

”Det blev lite kort tid att fylla i pappret. ”

8 Tolkning

Respondenterna har i tolkningen beskrivit undersökningsresultaten som har tolkats mot vetenskapliga teoretiska utgångspunkter, tidigare forskning och speglats mot den teoretiska bakgrunden. Tolkningen av resultaten har delats upp i två huvudfrågor.

Om de centrala vårdformerna i kommunerna fungerar med tanke på fysioterapi och ergoterapi i hemmet, skulle det möjliggöra att patienterna skulle kunna bo kvar i hemmet så länge som möjligt (Dahlin-Iwanoff, 2007) Detta stöder respondenternas resultat. Nattarbete skulle inge ett välbefinnande i form av trygghet för patienterna för de vet att de kan få hjälp nattetid om det skulle behövas (jfr Eriksson, 1986). Respondenterna håller med Eriksson (1988) om hur viktigt det är att utveckla det förebyggande arbetet och den palliativa vården så att patienten får ha sin egen självbestämmanderätt om var de vill

avsluta sina levnadsdagar i form av sundhet och även kunna känna hälsa och välbefinnande. Genom ett förebyggande arbete och en ökning av resurserna inom demensvården skulle patienterna kunna bo hemma en längre tid. Kommunerna och vårdarna borde värdesätta hemmets betydelse och hysa förståelse för hemmets betydelse för den äldre (jfr Dahlin-Iwanoff, 2007).

I dag finns patienter som kommer till bäddavdelningen på grund av otrygghet fast de skulle kunna bo hemma. Denna otrygghet skulle kunna lindras genom vanligt småprat och diskussioner eller med någon som bryr sig om då patienten känner sig otrygg (jfr Vik, Nygård & Lilja, 2008). Om det fanns ordentlig tillgång till personal, skulle den anställda personalen inte behöva känna tidsbrist gentemot patienterna och de anhöriga. Inom hemsjukvården är det också avstånden som behöver tas med i beräkningarna och också personalen där känner tidsbrist då de har ett etiskt ansvar samt vill kunna ge stöd och omtanke (Näsman, Lindholm & Eriksson, 2008).

Respondenterna håller med om att patienterna har väldigt svårt att få platser på bäddavdelningen och klinikfärdiga patienter väntar oftast länge på sjukhus. Även patienter som har blivit opererade vill tillbaka till det egna hemmet och därför borde det ordnas en sådan vårdform från kommunerna att de kan komma tillbaka till det egna trygga hemmet och därigenom också minska vårdkostnaderna. En bra kontakt med hemsjukvården inger trygghet hos patienten, enligt Nilsson och Juhlin m.fl., (2009).

Med tanke på de sociala aspekterna i hemmet vore det bra om fanns tillgång till en avancerad hemsjukvård och tillgång till läkarjour alla tider på dygnet. Dessa aspekter gör att patienten känner sig tryggare i eget hem (jfr Onder, Liperoti & Soldato, 2007). Personalen anser att ett ökat samarbete mellan hemsjukvården och fysioterapin också skulle underlätta vården för de gemensamma patienterna (jfr Engman & Lundgren 2009).

I dag saknas det samarbete mellan sjuksköterna och patienten och det finns inte tid för rehabilitering. Därför skulle det behövas mera samarbete mellan vårdgrupperna. Eftersom hemsjukvården i dagsläget endast fungerar dagtid saknas rehabilitering för patienterna i hemmet, menar Nygård & Lilja (2008). En del av informanterna tycker att resurserna är bristfälliga med tanke på patienternas sjukdom och svårigheter och också med tanke på de anhörigas möjligheter att kunna delta i vården (jfr Thorslund & Parker 2005). Mycket

beror också på patientens attityder och vilken inställning man har till vården för att man skall kunna förhindra ett vårdlidande, skriver Kase`n & Nordman m.fl., (2008).

Mera samarbete mellan olika yrkesgrupper inom vården och tätare vårdplaneringsmöten för att kunna göra upp en vård- och serviceplan vore bra. Det skulle vara bra om patienten och närstående kunde vara med i patientens önskemål om hälsa och välbefinnande (jfr Eriksson, 1988). Gemensamma dokumenteringsprogram borde göras mellan olika vårdinstanser för att vårddokumentationen skall bli ett system som fungerar bra, även telefonkontakten är viktig med de anhöriga för det fungerar som en helhet (jfr Gjevjon, & Hellesø, 2010).

Flera informanter upplever att det är en fördel om dokumentationen fungerar bra. Det uppgörs alltid en skriftlig vård- och serviceplan då patienten skrivs ut från bäddavdelningen till öppenvården. En önskan är att bäddavdelningen och hemsjukvården kunde se varandras vård- och serviceplaner. En bra vårdplanering innebär också ett fungerande datasystem, alla har ett ansvar att dokumentera. Hemsjukvården och bäddavdelningen skulle kunna se i varandras vårdprogram då det gäller den enskilda patienten (jfr Gjevjon, & Hellesø, 2010). Nackdelarna är då personalen inte kan se vårdjournalerna mellan hemsjukvården och bäddavdelningen. Det är en förbättring som borde göras. Nackdelen är att det inte finns tillräckligt med tid för rehabilitering på bäddavdelningen eftersom dokumentationen tar sin tid, just nu är den kortsiktig och kunde förbättras. Genom skolning och uppdateringar kunde vårdprogrammet abilita bli bättre, men just nu saknas det tid för uppdateringar enligt Engman & Lundgren (2009).

Informanterna önskar att dokumentationen skulle förenklas. Bärbara datorer skulle underlätta arbetet för patientkontakten är viktigast. Vårdpersonalen borde läsa igenom vårdjournalen och göra dokumentationer så att den är uppdaterad. Arbetet pågår för att få en bättre dokumentation. Informanterna planerar en palaver med patienten och anhöriga, ansvarig skötare, ergoterapi samt fysioterapi i ett tidigt skede på bäddavdelningen för att kunna uppnå målet, för en bättre utvärdering och för att kunna fylla i vårdjournalen. En dokumentation innebär ett ansvar och att dokumentationen är klar och tydlig, att det som är viktigast skrivs ner samt att skolning ges till personalen på samma grunder. Det borde också finnas dokumentation om det som sker hemma. Personalen är oansvarig om det saknas en dokumentationsplan när vårdaren och läkare inte går in och läser på datorn (jfr Gjevjon, & Hellesø, 2010).

Ett gemensamt vårddokumentationsprogram behövs och som är gemensamt för alla vårdplatser som innefattar bäddavdelningen och hemsjukvården samt Vasa centralsjukhus. Det ska vara som är klart och tydligt så att fel och misstag inte uppstår. Det underlättar arbetet för alla i vårdpersonalen. Att kunna sammankoppla vårdjournalerna från tidigare vårdbesök vore bra. Att vårdprogrammen är klara, tydliga och enkla att använda samt att alla får skolning så att alla använder den på samma sätt vore också bra. (jfr Gjevjon, & Hellesø, 2010). Informanterna tycker dessutom att en personlig kontakt med alla berörda inom vården likväl som patienter i hemmet och på bäddavdelningen vore önskvärt. Informanterna önskar också mera samma personal samt vårdplaneringsmöten mellan personalgrupperna och respondenterna känner samma sak som informanterna (Kasén, Nordman, Lindholm & Eriksson 2008). Informanterna upplever det negativt då det är för lite resurser och för lite platser på bäddavdelningen, vilket får konsekvenser i att personalen samarbetar mindre.

Informanterna tycker att det finns goda möjligheter att utveckla rehabiliteringen i patientens hem, men det går inte alltid i dag därför att det saknas personalresurser. Ett bättre samarbete mellan olika yrkesgrupper och att fysioterapeuterna kunde göra hembesök tillsammans med hemsjukvården vore bra. Då skulle patienternas väntetider till bäddavdelningen bli kortare, enligt Engman och Lundgren (2009). Respondenterna upplever också samma sak som i artikeln. Ett bättre samarbete skulle också göra att patienterna inte skulle bli så dåliga under väntetiden. Informanterna önskar att personalstyrkan skulle utökas inom hemservice och rehabilitering och att man skulle få mera skolning av personalen samt mera resurser. Det är inte alltid lätt att hitta kompetent personal. I dag finns det inte tillräckligt med ekonomiska resurser. Informanterna tycker också att det är viktigt att alla arbetar för ett gemensamt mål för den enskilda unika patienten (jfr Eriksson, 1989).

Patienten har i dag möjlighet att delta i den egna vårdplaneringen om man själv vill och om det finns resurser att tillgå. Ibland på grund av att resurserna är för små är det inte möjligt att uppfylla detta ideal men att tillmötesgå patienternas önskningar att kunna delta i den egna vårdplaneringen. Självbestämmanderätt är viktigt i planeringen att utgå från patientens önskemål och behov likaså från de anhörigas åsikter. Om inte patienten kan ta egna beslut brukar anhöriga vara delaktiga i de beslut som görs, för ibland har patienten inte kännedom om sin egen situation (jfr Näsman, Lindholm & Eriksson, 2008).

Informanterna upplever arbetsmiljön som bra fast det ibland förekommer höga arbetstoppar, vilket gör att vårdpersonalen då kan vara på sämre humör. I enkätundersökningen kom det fram att kvällstid kan det bli stressigt då det kommer in nya patienter. Om vi- andan saknas så blir arbetet både psykiskt stressigt och tungt och likaså om det saknas brist i planeringen. Hemsjukvårdspersonalen upplever att arbetet är ensamt. Det finns mycket arbete ibland med för högt tempo men arbetet är också omväxlande och de har en god kamratanda (jfr Ohlsson & Arvidsson, 2004).

Informanterna hade olika åsikter om utveckling i kommunerna. Ett serviceboende skulle trygga kontinuiteten inom vården och utveckla resurserna inom hemsjukvården när de äldre åldersgrupperna blir större. Den ökande åldrande befolkningen har inte beaktats i de resurser som finns i dag (jfr Thorslund & Parker, 2005).

9 Kritisk granskning

Respondenterna har i detta kapitel gjort en kritisk granskning enligt Larssons (1994) struktur. Denna struktur handlar om kvaliteter i framställningen som helhet, kvaliteter i resultaten samt olika validitetskriterier. Kvaliteterna framställs i en helhet som innefattar perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde. Kvaliteterna i resultatet innefattar innebördsrikedom, struktur och teoritillskott. Validitetskriterierna innefattar diskurskriteriet, heuristiskt värde, empirisk förankring, konsistens och det pragmatiska kriteriet.

Perspektivmedvetenhet enligt Larsson (1994) innebär att en tanke i vår tid är relativ med tanke på sanningen och att det i verkligheten gömmer sig ett perspektiv bakom beskrivningen, en förförståelse. Genom att redogöra förförståelsen bildas utgångspunkten för tolkningen och det hjälper läsaren att förstå forskarens perspektiv (Larsson, 1994, 163-165). I inledningen har respondenterna redogjort för förståelsen av hur de kan utveckla rehabiliteringen i hemmet, nämligen hur vårdplanen ser ut för en patient med rehabilitering i hemmet. Hur kan ett rehabiliterande arbetssätt förverkligas inom hemvården och hemsjukvården då respondenterna har tidigare erfarenheter inom området? Detta för att kunna utveckla rehabiliteringen och hemsjukvården. Syftet med examensarbetet framkommer redan i inledningen. De teoretiska utgångspunkterna är hälsa, sundhet, friskhet och välbefinnande. Dessa utgångspunkter valde respondenterna eftersom de har en

central betydelse för forskningens syfte. Den teoretiska bakgrunden ger en förståelse för undersökningen för att läsarna skall kunna få en bättre helhetsuppfattning av problemområdet. Presentationen av de tio forskningsartiklarna har gett ett tydligt tecken på betydelsen av det egna hemmet för patienten.

Intern logik är en av de kriterier som är mest använda. Den används ofta eftersom användaren inte behöver ha en djupare sakkunskap inom det specifika området för att kunna tillämpa kriteriet. Det skall finnas en harmoni och balans mellan del och helhet och alla delar skall fylla en funktion inom forskningsfrågorna, datainsamlingen och analys-tekniken. Forskningsfrågorna skall vara styrande för datainsamlingsteknikerna och analys-metoderna. Då man väljer metoder, ansatser eller motsvarande innefattar dessa också perspektiv som påverkar det resultat som produceras (Larsson, 1994, 168-170). Detta examensarbete är en kvalitativ studie med en enkätintervju, vilket lämpar sig som datainsamlingsmetod för undersökandet av forskningsområdet. Forskningsfrågorna är relevanta i förhållande till forskningsfrågornas syfte. Enkätmetoden har valts för att få så bra svar som möjligt. Examensarbetet är logiskt upplagt enligt de kriterier som ställs för examensarbetet. Respondenterna är nöjda med svarsdeltagandet och med resultatet från informanterna.

Etiskt värde innebär att respondenterna skall skydda informanterna som deltagit i enkätundersökningen. Respondenterna bör vara omsorgsfulla i sina slutsatser om resultatet och man skall inte dra förhastade slutsatser. Det är svårt att fuska utan att respondenterna själv lägger märke till det. Att visa omsorg om informanterna hör till kvaliteterna i det vetenskapliga arbetet. Detta kan dock inte ersätta en osann redovisning av resultaten (Larsson, 1994, 171-172). I detta examensarbete har informanternas identitet skyddats så att ingen skall kunna räkna ut vem det är som har svarat på enkäterna. Deltagarna i enkätundersökningen var anonyma och enkätsvaren behandlades konfidentiellt. Respondenterna har tagit bort arbetsplatsens namn och kommunens namn. Deltagarna i enkätundersökningen deltog på frivilliga grunder. Förhastade slutsatser i fråga om enkätundersökningen har inte gjorts. Respondenterna har analyserat enkätsvaren tillsammans och har lyft fram citaten i resultatredovisningen. Respondenterna skall inte fuska med det som man själv upplever som sant utan resultatet i studien skall vara ärligt. Respondenterna har inte påverkat svaren i resultatredovisningen eller i tolkningen.

Kvalitativa studier innebär att någonting nytt gestaltas eller framkommer på ett sådant sätt så att en ny innebörd uppstår och skall granskas enligt innebördsriktigheten i resultatet och beskrivningarna skall vara utförliga (Larsson, 1994, 172). I detta examensarbete är resultaten framställda med kategorier som lyfter fram det unika i svaren med hjälp av många citat.

Struktur innebär att resultaten skall vara åskådliga. Resultaten skall vara så enkla som möjligt utan att innehålla onyttiga begrepp och resultaten får inte vara otydliga. Tankeutbytet skall vara lätt att följa och viktiga citat inte är överhoppade eftersom dessa citat ger en röd tråd. Det som är huvudsak bör framkomma i texten genom att markeras tydligt och klart (Larssons, 1994, 172). För att göra resultatet så överskådligt som möjligt har respondenterna skrivit kategorierna som framkommit med svärtad text.

Begreppet teoritillskott innebär hur bra respondenterna har kunnat relatera till tidigare teorier och hur resultaten kan förändra teorin (Larssons, 1994, 172). I denna studie har resultatets bakgrund tolkats utgående från den teoretiska bakgrunden och utgående från tidigare forskning. Resultaten av denna studie kommer troligtvis inte att leda till en teoretisk förändring men respondenterna hoppas att det leder till en praktisk förändring.

Diskurskriteriet innebär att analysen och arbetet har en god kvalitet om andra inte finner avgörande svagheter (Larssons, 1994, 178). Denna studie är unik eftersom motsvarande forskning inte tidigare har gjorts i Korsholm, Oravais, Vörå eller Maxmo.

Heuristiskt värde innebär att respondenterna systematiskt upptäcker någonting nytt i examensarbetet och får ett kunskapsillskott i den kvalitativa undersökningen. En lyckad analys resulterar i ett nytt sätt att se på verkligheten och respondenterna får ett nytt sätt att tänka på (Larssons, 1994, 179). I resultatet av enkätundersökningen framkom ett tydligt resultat om att mera resurser önskas inom hemsjukvården, och ett bättre samarbete mellan olika instanser, en gemensam dokumentation så att alla yrkesgrupper kan samarbeta och se varandras dokumentation hos den enskilda patienten. Respondenterna har i detta examensarbete upptäckt hur viktigt det är med ett ökat gemensamt samarbete mellan yrkesgrupperna inom vården och för den unika patientens fortsatta vård. Ett gemensamt dokumentationsprogram borde bli verkligt mellan olika vårdplatser därför att det blir lättare för vårdpersonalens olika yrkesgrupper och innebär en trygghet för patienten.

Empirisk förankring handlar om en överensstämmelse mellan verklighet och tolkning. I en empirisk studie finns det flera källor som har en grund för sin beskrivning där utgångspunkten är att samstämmighet mellan de olika källorna är ett tecken på validitet (Larssons, 1994, 180-181). Verkligheten i studien utgår från enkätsvaren. Respondenterna har gjort tolkningen mot den teoretiska bakgrunden och den tidigare forskningen. Därför ökar validiteten för påståendena.

Konsistens är en tolkning som byggs upp i ett samspel mellan delen och helheten. Med dessa delar byggs innebörden i helheten upp samtidigt som innebörden i varje del beror på innebördens helhet (Larssons, 1994, 183). Studiens olika kapitel framskrider i en logisk ordning och bildar en överskådlig helhet.

Det pragmatiska kriteriet är konsekvenserna av resultatet som skall granskas enligt ett pragmatiskt kriterium. Det betyder att resultatet skall vara praktiskt användbart i verkligheten (Larssons, 1994, 185). Respondenterna anser att resultatet i detta examensarbete kan ha en betydelsefull innebörd för att kunna utveckla hemsjukvården i patienternas eget hem och på sikt ha en ekonomisk betydelse för kommunerna.

Respondenterna är mycket nöjda med informanternas deltagande i enkätundersökningen. Respondenterna medger att enkätfrågorna kunde ha utformats annorlunda där frågorna var att ge svar på dokumentation. En del av frågorna var till en viss del upprepningar.

10 Diskussion

Respondenterna har beskrivit syftet med lärdomsprovet, nämligen hur kommunerna kunde utveckla hemsjukvården och rehabiliteringen så att patienterna skulle kunna bo hemma så länge som möjligt. Klinikfärdiga patienter skulle kunna komma direkt hem från en sjukhusvistelse, likaså de som behöver IV- medicinering. Forskningsfrågorna efterlyste uppgifter om hurdana vårdplaner som används för en patient med rehabilitering i hemvården och i hemsjukvården samt vilka är de centrala vårdformerna för patienterna i hemvården och i hemsjukvården är. Det framkom i enkätundersökningen att personalen önskar ett bättre samarbete mellan yrkesgrupperna, ett gemensamt dataprogram, kvälls- och nattpatruller, skolningar samt bättre möjligheter för patienterna att kunna vara hemma med IV- medicinering och bättre möjligheter till palliativ vård. Vårdpersonalen har inte tid

att rehabilitera patienten. Personalen upplever att arbetet är varierande och positivt men att man tidvis kan uppleva arbetet som stressigt. Personalen kan trots allt känna sundhet, friskhet och välbefinnande.

Det är intressant med könsfördelningen inom vården, att det ännu i dag är ett så kvinnodominerat yrke. Mera manlig personal inom vården skulle göra arbetet lättare, undvika extra bråk och framför allt höja statusen på arbetet.

Respondenterna upplevde det positiva med att vårdpersonalen känner arbetsgemenskap, att de trots ett tungt vårdarbete orkar arbeta vidare. Att de har så lång arbetserfarenhet och att de har en bra arbetsgemenskap tyder på att de känner hälsa, sundhet, friskhet och välbefinnande tillsammans med arbetskamraterna. Trots tunga arbetsdagar är det många sjukskötare som har haft kraft att orka arbeta så länge inom vården som de har gjort.

Att utveckla rehabiliteringen i hemmen innebär att personalstyrkan borde ökas i kommunerna. Informanterna anser att ett bättre samarbete mellan olika instanser skulle göra att patienterna inte blev så dåliga under väntetiden. Personalresurser och samarbete mellan olika instanser kunde utvecklas. Både informanterna och respondenterna anser att en ansvarig läkare och en utvecklad nattjour att tillgå kvällar och helger skulle underlätta vårdpersonalens arbete. Den palliativa vården i patientens eget hem skulle förbättras om det fanns tillgång till mera personal. Detta skulle också vara en trygghet för de närstående, det skulle underlätta både för personalen och för patienterna inom hemsjukvården och för personalen på bäddavdelningarna. Stödet till de närstående borde höjas så att flera närstående skulle kunna vara hemma från sitt ordinarie yrkesliv och ha rätt att komma tillbaka senare. Likaså borde man ge ett ordentligt stöd till de närstående som redan har pension.

Tätare vårdplaneringsmöten och mera samarbete mellan olika yrkesgrupper inom vården skulle trygga patientsäkerheten för att kunna göra upp en vård- och serviceplan. Det skulle vara bra om patienten och en närstående kunde vara med i den enskilda patientens önskemål. I enkätundersökningen kom det fram att patienterna har rätt och möjlighet att delta i sin egen vårdplanering och att de närstående också får delta och bli hörda av vårdpersonalen.

Enligt en av de kommuner som deltog i undersökningen är kostnaderna för de klinikfärdiga patienterna uppdelade i två olika kategorier. Om det är fråga om en kortare tid är avgiften 588 €/dygn och om det är fråga om en längre tid är avgiften 620 €/dygn. På ett år i en kommun var vårdsumman för klinikfärdiga 891 294 €. D.v.s. ca 74 274,50 €/månad €. Sjukskötarens lön är ca 2 110 €/månad och de övriga utgifterna som tillkommer är ca 28 % (personlig kommunikation med Riddar, 9.3.2011). På bäddavdelningarna och inom hemvården och hemsjukvården betalar patienterna en avgift som är uträknad enligt deras inkomst. Därför är det så viktigt att hemsjukvården skulle utvidgas i kommunerna för att spara på skattepengar. Avgifterna på centralsjukhuset är 32,50 €/dygn och dagkirurgi avgiften är 89,90 € enligt Forsén. Enligt Heiskanen (2010) kostar tillfällig hemsjukvård 13,70 € per hembesök av läkare eller tandläkare och 8,70 € för ett hembesök av en annan vårdpersonal.

När kostnaderna för de klinikfärdiga patienterna kom respondenterna till kännedom, konstaterade respondenterna att det skulle vara bra med en utvidgning av mera resurser inom hemsjukvården. Samarbetet mellan hemsjukvården och personalen på bäddavdelningarna är också viktigt för att patienten skall få den bästa vården. Likaså samarbetet mellan andra yrkeskategorier, såsom fysioterapeuter och läkare. Ekonomiskt sett är det dyrt för kommunen att ha de klinikfärdiga kvar på sjukhuset och därför borde hemsjukvårdspersonalen utökas så att kommunen har möjlighet att ge vård i hemmet även på kvällar, nätter och helger. Även den palliativa vården borde det satsas mera på.

I detta examensarbete har respondenterna kommit fram till att det är bäst för patienten att kunna bo hemma så länge som möjligt och att de har en möjlighet att välja var de vill bo. Patienterna bör ha en möjlighet att själva bestämma om sin egen vård. Därför är det bra att det finns olika vårdmöjligheter.

Några idéer till vidare forskning kunde vara hur vi skulle kunna arbeta mera ekonomiskt inom vården? Hur fungerar samarbetet mellan olika yrkesgrupper inom vården? Hur upplever patienterna rehabiliteringen i sitt hem? Det vore också intressant att undersöka anhörigas upplevelser av hemsjukvården och rehabiliteringen. Det skulle också vara intressant att utreda hur många de klinikfärdiga patienterna är som skulle klara sig i eget hem men som nu finns på Vasa Centralsjukhus.

Litteratur

Balaz Schale, S. & Nordin, M. (2001). *Handbok i hemsjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder*. (1 uppl.) Falhköping: Almqvist & Wiksell.

Dahlin-Iwanoff, S. Fänge, A. Haak, M. & Iwarsson, S. (2007). The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 25-32.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2.uppl.). Studentlitteratur: Lund.

Engman, M & Lundgren, S. (2009). Vad innebär rehabilitering och sjuksköterskans omvårdnad för patienter vid stroke. *Vård i Norden*, 3, 32 – 36.

Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. (2.uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1986). *Vårdteknologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. (4.uppl). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1989). *Vård ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1992). *Broar-introduktion i vårdvetenskaplig metod*. (2.uppl.). Åbo Akademi, Institutionen..., Vasa

Gjevjon, E. R. & Helleso, R. (2010). The quality of home care nurse's documentations in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*. 19 (1-2).

Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård*. Handbok för forskning och utvecklingsarbete. Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. (2008). *Geriatrisk omvårdnad*. Stockholm: Liber.

Nilsson, L., Juhlin, C., Krook, H., Sjö Dahl, R. & Rutberg, H. (2009) [Online]. Strukturerad journalgranskning kan öka patientsäkerheten. *Läkartidningen*, 35, 2125 – 2128.

Näsman, Y., Lindholm, L. & Eriksson, K. (2008). Caritativ vårdetikvårdandets ethos uttryckt i vårdares tänkande och handlande. *Vård i Norden*, 2, 50-53.

Ohlsson, E. & Arvidsson, B. (2005). Sjuksköterskornas uppfattning av hur processorienterad omvårdnadshandledning kan befrämja deras psykiska hälsa. *Vård i Norden*, 2, 32-35.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Onder, G., Liperoti, R., Soldato, M. m.fl. (2007). Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: *Results of the aged in home care study*.

Riddar, A. (2011). Korsholms kommun.

Starrin, B. & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Thorslund, M. & Parker, M. (2005). *Hur mår egentligen de äldre*. *Läkartidningen*, 43, 3119-3124.

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. (3.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Vik, K., Nygård, L. & Lilja, M. (2008). *Encountering staff in the home: Three older adult`s experience during six months of home-based rehabilitation*, 31 (8), 619-629.

Voutilainen m.fl. (2002). God vård och omsorg för äldre. *Stakes handböcker 53*: Saarijärvi.

Walter, G. (1995). *Bonniers synonymordbok*. Stockholm: Bonnier.

Forsé, L. Vasa centralsjukhus. (2010). *Kundavgifter*. [Online].

http://www.vaasankeskussairaala.fi/Pa_Svenska/Patienter__kunder_och_anhoriga/Bra_att_veta_innan_ett_sjukhusbesok/Kundavgifter (hämtat 15.11.2010).

Heiskanen, H. *Avgifter för service i hemmet*. (2010). Kommunerna.net. [Online]

http://www.kommunerna.net/k_peruslistasivu.asp?path=255;264;15320;44908;70512
(hämtat 27.12.2010).

Ledande skötare

Xxxxx Xxxxx

XXXXXXX Hemsjukvård, HVS bäddavd.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXX XXXXXXXXXXXX

ANHÅLLAN OM GENOMFÖRANDE
AV ENKÄT UNDERSÖKNING

12.10.2010

Bästa ledande skötare XXXXXXX XXXXXXX!

Vi är två sjukskötare studerande som går sista året vid Svenska yrkeshögskola Novia. Vi anhåller om att få genomföra en enkätundersökning inom hemsjukvården. Vi har valt inriktning hemsjukvård och rehabilitering i hemmet. I lärdomsprovet tänker vi ta reda på möjligheten för patienter att kunna bo kvar i hemmet så länge som möjligt. Vår handledare är Erja Halmesmäki - Hansson. Forskningsfrågorna som lärdomsprovet skall ge svar på är: 1. Hurudana vårdplaner används för en patient med rehabilitering i hemvården och i hemsjukvård? 2. Vilka är de centrala vårdformerna för patienterna i hemvården och i hemsjukvården? Som datainsamlingsmetod kommer vi att använda enkätundersökning. Vi sänder enkätundersökningsfrågorna när vi fått ert godkännande.

Högaktningsfullt

Margareta Rodas

Lillkarkmovägen 39

65520 Helsingby

Tel 050-3421319

e-mail: margareta.rodas@novia.fi

Thi Dinh

Långviksgatan 13 bst 7

65100 Vasa

Tel 050-4624252

e-mail: thi.dinh@novia.fi

BILAGOR: Forskningsplan

Följebrev

Enkät

FÖLJEBREV: ENKÄTUNDERSÖKNING

Personalen

Xxxxx Xxxxx

XXXXXXXX Hemsjukvård, HVS bäddavd.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

12.10.2010

Bästa deltagare!

Vi är två sjukskötare studerande som går sista året vid Svenska yrkeshögskola Novia. Vi har valt inriktning hemsjukvård och rehabilitering i hemmet. I lärdomsprovet tänker vi ta reda på möjligheten för patienter att kunna bo kvar i hemmet så länge som möjligt. Forskningsfrågorna som lärdomsprovet skall ge svar på är: 1. Hurudana vårdplaner används för en patient med rehabilitering i hemvården och i hemsjukvård? 2. Vilka är de centrala vårdformerna för patienterna i hemvården och i hemsjukvården? Vår enkätundersökning riktas sig till hela personalen på bäddavdelningen. Undersökningen är anonym och informationen kommer att behandlas konfidentiellt. Tack på förhand.

Högaktningsfullt

Margareta Rodas

Tel 050-3421319

e-mail: margareta.rodas@novia.fi

Thi Dinh

Tel 050-4624252

e-mail: thi.dinh@novia.fi

ENKÄTUNDERSÖKNING OM HEMSJUKVÅRD OCH REHABILITERING

Om ditt svar inte ryms på raderna kan ni skriva på baksidan.

1. Är DU Kvinna____
eller Man____

2. Hur länge har du arbetat inom vården? _____

3. Kryssa för rätt alternativ. Är du sjukskötare____ Närvårdare ____ Primärskötare ____

4. Vilka centrala vårdformer kunde kommunerna utveckla i patientens hem?

Kommentar _____

5. Finns det i dag patienter som kommer till bäddavdelningen som skulle kunna bo hemma med en utvecklad rehabiliterings och vårdplan inom bädd och hemsjukvården?

Kommentar _____

6. Hur upplever ni att rehabiliteringen och hemsjukvården fungerar i patientens eget hem i dag?

Kommentar _____

7. Vilken vårdplan/dokumentation mellan bäddavdelningen, hemsjukvården använder ni?

Kommentarer _____

8. Hur tycker ni att vårdplanen fungerar som ni använder i dag?

Kommentarer _____

9. Vilka förändringar inom vård dokumentationen kunde förbättras?

Kommentarer _____

10. Hurudan vårdplan skulle behövas för att kunna utveckla samarbetet mellan
hemsjukvården och bäddavdelningen?

Kommentar _____

11. Finns det någonting som fortfarande kan utvecklas för att uppnå en bättre rehabilitering
och hemsjukvård i hemmet?

Kommentarer _____

12. Har patienterna möjlighet att påverka i deras egen vårdplanering och vårdformer i dag?

Kommentarer _____

13. Hur upplever ni arbetsmiljön på er arbetsplats?

kommentarer _____

14. Övrigt som du har att tillägga?

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Margareta Rodas & Thi Dinh